
WEGWEISUNG UND ZUGANG ZU MEDIZINISCHER VERSORGUNG

Juristische Herausforderungen
und menschliche Konsequenzen
bei der Wegweisung von Migranten
mit gesundheitlichen Problemen

ZWEITE
AUFLAGE
2015

Vorwort

Menschen aus aller Welt kommen in unser Land aus Gründen, die so vielfältig und individuell sind wie die Menschen selbst. Über das Recht, hier bleiben zu können, entscheiden Behörden anhand von Gesetzen. Auch wenn diese Gesetze demokratisch legitimiert sind, so sind sie dennoch in vielen Fällen Quelle grossen Leidens und können zu menschlich sehr schwierigen Situationen führen. Die Ausschaffung von kranken Migrantinnen und Migranten stellt eine solche Situation dar.

Viele der Migranten mit unsicheren oder fehlenden Aufenthaltsrecht kommen aus Lebenswelten voller Grausamkeit, Unmenschlichkeit und Gewalt. Nicht wenige von ihnen sind schon bei ihrer Einreise in die Schweiz gesundheitlich angeschlagen. Manche erkranken während des oft Jahre dauernden Asylverfahrens, nicht zuletzt auch wegen der prekären und ungesicherten Lebensumstände am Rande der Gesellschaft. Das Leben als Asylsuchende oder als Sans Papiers ist auch für anfänglich gesunde Personen enorm belastend und aufreibend. Viele der erprobten und wirksamen Copingstrategien dieser Menschen sind nicht mehr zugänglich oder werden sogar gezielt als Bestandteil des provisorischen Status blockiert: Beschränkter Zugang zu Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung; eingeschränkte Möglichkeiten, familiäre und soziale Kontakte zu pflegen; eingeschränkte Möglichkeiten, sich kulturell, musisch, körperlich und intellektuell zu betätigen. Auch ist der Zugang zu medizinischer, insbesondere psychiatrisch-psychotherapeutischer oder auch sozialpädagogischer Hilfe de facto limitiert bis inexistent.

Wenn es darum geht, bei abgewiesenen Asylsuchenden oder bei anderen nicht aufenthaltsberechtigten Migranten die Rückschaffung in ihr Herkunftsland vorzubereiten, so muss daher die Möglichkeit einer beeinträchtigten Gesundheit immer in Betracht gezogen werden. Die zuständigen Behörden sollten geradezu damit rechnen, dass gesundheitliche Probleme vorliegen könnten und dies daher routinemässig abklären. Unter Migranten ohne Bleiberecht gibt es solche, die unter ersthaften, mitunter lebensbedrohlichen Krankheiten leiden wie z.B. HIV, Hepatitis, Krebs, Epilepsie, dialysepflichtige Niereninsuffizienz. Das sind Krankheiten, die in der Schweiz gut behandelbar sind, im Herkunftsland der Betroffenen aber das Todesurteil bedeuten können. Bei der Beurteilung der medizinischen Relevanz von gesundheitlichen Problemen stellen sich Behörden

mitunter seltsam unbeholfen an und man wird den Verdacht nicht los, dass sie kein Interesse daran haben, das Offensichtliche zu sehen und anzuerkennen. Dass nur ein paar wenige dieser Unglücklichen, die auf tatkräftige Helfer treffen, ihre Notlage glaubhaft machen können und ein Bleiberecht bekommen, ist beklemmend und beschämend. Darauf macht diese Publikation – erstmals auch in deutscher Übersetzung – aufmerksam und es ist zu wünschen, dass sie viele Leser findet. Es ist nötig.

Dr. med. Thomas Maier

Chefarzt, Kantonale Psychiatrische Dienste St. Gallen Nord, ehem.
Leiter des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsopfer am Universitätsspital Zürich
24. April 2015

Vorwort der ersten Auflage

Waren wir uns nicht einig, dass wir dies noch besser können?

Gemäss einer Haltung, die man als «nationalistisch» bezeichnen könnte, haben nur die in einem Land ansässigen Personen dort auch Anspruch auf Gesundheitsversorgung, da dieses Recht eine Anwesenheit vor Ort voraussetzt. Gemäss einer «humanistischen» Haltung hat jede Person Anspruch auf Gesundheitsversorgung – allein deshalb weil sie diese braucht. Die Anerkennung eines «Rechts auf Gesundheit»¹ geht auf die humanistische Tradition zurück, die restriktive Politik gegenüber Kranken beruht auf nationalistischen Werten. Die Praxis in der Schweiz? Die Lektüre des folgenden Berichts ist unbequem. Wir werden dabei mit unseren Spannungsverhältnissen konfrontiert und in diesem Sinn ist sie auch heilsam. Zuerst einmal stehen die praktizierenden Ärzte und Beauftragten vor Ort sowie die Asyl- und Ausländerrechts-Behörden in einem Spannungsverhältnis zueinander. Die erste Gruppe wird täglich mit dem konkreten menschlichen Leiden konfrontiert und neigt daher zum Humanismus. Die zweite Gruppe pocht auf ihr Recht, die Grenzen zu kontrollieren und also auch die Einwanderung zu regulieren und neigt erheblich weniger dazu. Wie sich aber im Laufe der folgenden Schilderungen zeigen wird, ist diese Spannung nicht unvermeidbar: Unter den Betroffenen erahnt man Angestellte, Nachbarn,

¹ Verankert im [internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte \(1966\)](#), der [UN-Kinderrechtskonvention \(1989\)](#) und auf regionaler Ebene in der [Europäische Sozialcharta \(1961\)](#). Es gilt anzumerken, dass die Schweiz diese letzte Übereinkunft nicht ratifiziert hat.

Eltern, Steuerpflichtige - Menschen, die zu unserem Zusammenleben, unseren gemeinsamen Strukturen und unserem Wohlstand beitragen. Also Mitglieder unserer Gesellschaft gegenüber denen sogar das nationalistische Modell bei einer Erkrankung eine moralische Verpflichtung anerkennen würde².

Das zweite Spannungsverhältnis ist praktischer Natur: Zwischen dem nationalistischen und dem humanistischen Modell scheint unser Land seiner Kompromiss-Tradition gefolgt zu sein. So gehören der Wunsch am gemeinschaftlichen Leben teilzunehmen (ein Mitglied der Gesellschaft zu sein) und der Gesundheitszustand (humanistisches Modell) zu den Kriterien für das Erlangen eines B-Ausweises aus humanitären Gründen. In der Praxis werden dann allerdings die konkreten Behandlungsmöglichkeiten bei einer Rückkehr nur ungenügend abgeklärt und die Meinungen der Experten nicht berücksichtigt: Es werden schliesslich Hindernisse aufgetürmt, die eine Anwendung des geltenden Rechts erschweren. Auch wenn ein Kompromiss in der Theorie gerecht klingen mag, müssen zu seiner Anwendung auch die nötigen Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Spannungen rufen Misstrauen hervor. Weisen wir also nochmals darauf hin: Ärzte sind nicht nur – und schon gar nicht immer – die Verteidiger ihrer Patienten. Als Experten für eine der rechtlich vorgesehenen Bestimmungen und als Mitgaranten für deren gerechte Umsetzung müssen sie jedoch angehört werden.

Spannungen führen auch zu Opfern, hier zu ganz bezeichnenden. Bedeutet Vulnerabilität das erhöhte Risiko ein Unrecht zu erleiden³, so ist hier die hauptsächliche Vulnerabilität nicht das Risiko, dass das Asylrecht oder das Ausländerrecht den Zugang zur medizinischen Behandlung einschränkt, sondern dass die Rechte der Personen im Bezug auf Asyl und Immigration – einschliesslich des Rechts, dass ihr Gesundheitszustand berücksichtigt wird – nicht respektiert werden.

Prof. Dr. med. Samia Hurst

Professorin am Institut für biomedizinische Ethik der Universität Genf

15. August 2012

² [Dwyer J. Illegal immigrants, health care, and social responsibility. Hastings Centre Report. 2004 Jan-Feb; 34\(1\): 34-41.](#) ³ [Hurst S. Vulnerability in research and health care: describing the elephant in the room. Bioethics. 2008; 22\(4\): 191-202.](#)

Abkürzungsverzeichnis

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome **ART** antiretrovirale Therapie
AsylIG Asylgesetz **AuG** Ausländergesetz **BFM** Bundesamt für Migration
(Seit dem 1. Januar 2015 das Staatssekretariat für Migration SEM) **BGE**
Amtlich publizierte Bundesgerichtsentscheide **BGer** Bundesgericht
BVGE Amtlich publizierte Bundesverwaltungsgerichtsentscheide
BVGer Bundesverwaltungsgericht **CIREC** Country Information
Research Center **EMARK** Entscheidungen und Mitteilungen der
Schweizerischen Asylrekurskommission ARK (per 1. Januar 2007 durch
das Bundesverwaltungsgerichtsentscheide ersetzt) **EMRK** Konvention
zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten **HIV** Humane
Immundefizienz-Virus **OCP** Office cantonal de la population (Amt für
Bevölkerung des Kts Genf) **OCPM** Office cantonal de la population et des
migrations (Amt für Bevölkerung und Migration des Kts Genf – ehemalige
OCP) **ODAE romand** Observatoire romand du droit d’asile et des étrangers
(Westschweizer Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht) **SEM**
Staatssekretariat für Migration (ehemalige BFM) **SFH** Schweizerische
Flüchtlingshilfe **SPOP** Service de la population (Amt für Bevölkerung
des Kts Waadt) **VZAE** Verordnung über Zulassung, Aufenthalt und
Erwerbstätigkeit

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 1

Methodologie 2

1 **Rechtlicher Rahmen**

1.1 B-Ausweis aus humanitären Gründen **3**

1.2 Vorläufige Aufnahme: unzumutbare oder unzulässige Wegweisung einer kranken Person **5**

1.3 Gefährdete Wiedereingliederung aus gesundheitlichen Gründen **8**

2 **Praxis der Behörden**

2.1 Konkrete Fälle **9**

2.2 Eve erzählt **23**

3 **Analyse der Praxis**

3.1 Prüfung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Herkunftsland **24**

3.1.1 Ungenügende Beweisaufnahme und Urteilsbegründung des SEM **24**

3.1.2 Benachteiligungen und Verletzung von Treu und Glauben seitens der Verwaltungsbehörde **26**

3.1.3 Verfügbarkeit im Allgemeinen vs. effektiver Zugang zur nötigen Betreuung **27**

3.1.4 Beweislast **29**

3.2 Beurteilung des Gesundheitszustandes und des Verschlechterungsrisikos im Falle einer Rückkehr **30**

3.2.1 Erschwerte Berücksichtigung der ärztlichen Gutachten **30**

3.2.2 Mangelnde Berücksichtigung der psychischen Probleme **31**

3.2.3 Voraussetzung eines Risikos, das schnell zu einer «sicheren» Gefährdung führt **32**

3.3 Erschwerte Berücksichtigung des Gesundheitszustandes beim Erteilen einer humanitären Aufenthaltsbewilligung **34**

Schlussfolgerung 35

Anhang: Zugang zu Betreuung und Behandlung im Herkunftsland, der Fall des HIV in Kamerun

1 Die Einschätzung des SEM und des BVGer **39**

2 Gesamtübersicht über den Zugang zur Gesundheitsversorgung und den HIV-Behandlungen in Kamerun **41**

Einleitung

Was passiert, wenn eine kranke Person keine oder keine gültige Aufenthaltsgenehmigung für die Schweiz hat? Welche Vorkehrungen treffen die Behörden um sicherzustellen, dass eine Wegweisung in ein Land mit einem weniger gut entwickelten medizinischen System nicht eine Unterbrechung der Behandlung mit sich bringt, von der das Überleben einer Person abhängt? Welches sind in menschlicher Hinsicht für kranke Menschen die Herausforderungen eines Administrativverfahrens?

Diese Fragen stellen sich die Westschweizer Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht (ODAE romand) und die regionale Aids-Hilfe «Groupe sida Genève» seit Jahren. Diese gemeinsamen Überlegungen haben zu einer ersten Publikation des vorliegenden Berichts im September 2012 geführt. Mehr als zwei Jahre später bleibt der Befund der gleiche: Ein Vorgehen gegen die Wegweisung von Personen mit schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen ist keine einfache Sache. Dem ODAE werden von seinen Korrespondenten laufend Sachlagen gemeldet, welche diese Schwierigkeit aufzeigen. So müssen die Rechtsvertreter intensive Recherchen tätigen und zahlreiche Schritte unternehmen bis dann manchmal ein Entscheid gefällt wird, der ein medizinisches Hindernis bei einer Wegweisung anerkennt oder die medizinischen Aspekte bei der Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen berücksichtigt. Die auf diese Weise dokumentierten Fälle zeigen, dass sogar in den schwerwiegendsten Fällen häufig mehrere sowohl komplexe als auch kostspielige Beschwerden und Wiederwägungsgesuche nötig sind. Die Groupe sida Genève betreut im Rahmen ihrer unentgeltlichen Rechtsberatung¹ zahlreiche Dossiers und kann ebenfalls bestätigen, welche schwerwiegenden Folgen ein unsicherer Aufenthaltsstatus oder eine Wegweisungsverfügung für Menschen mit HIV in menschlicher Hinsicht haben.

Die im vorliegenden Bericht beschriebenen Fälle zeigen, dass die von den Behörden vorgenommene Überprüfung gravierende Mängel aufweist, sowohl bezüglich der effektiven Zugangsmöglichkeiten zur Betreuung und Behandlung in den Herkunftsländern, als auch betreffend der Risiken, die im Falle einer Wegweisung eingegangen werden: Fehlende Transparenz

¹ Unentgeltliche juristische Beratung für Personen mit HIV. Von den 759 im 2014 betreuten Dossiers betrafen mehr als die Hälfte das Asyl- oder Ausländerrecht.

bezüglich der Quellen und bei der Urteilsbegründung, Überschätzung der Unterstützung durch die Familie und der medizinischen Infrastruktur im Herkunftsland, Unterschätzung der ärztlichen Gutachten insbesondere bei Fällen mit psychischen Problemen, Tendenz die Beweislast einzig den Betroffenen aufzuerlegen usw. All diese Elemente zeigen, dass die Art und Weise in welcher Entscheide gefällt werden, von denen Menschen betroffen sind, die durch ihre Krankheit und ihren gesetzlichen Status in doppelter Hinsicht verletzlich sind, weiterer Überlegungen bedarf.

Methodologie

Zur Sammlung konkreter Fälle und zur Aktualisierung der zu einem früheren Zeitpunkt dokumentierten Sachlagen hat das ODAE romand sein Netzwerk von Korrespondenten hinzugezogen, das mehr als hundert Fachkräfte und freiwillige Helfer zählt, welche für Migranten und Asylbewerber tätig sind. Die ausgewählten Fälle betreffen verschiedene Pathologien und werden unter Punkt 2.1, im Anschluss an eine kurze Einführung in den massgeblichen rechtlichen Rahmen (Teil 1), beschrieben. Die Mehrheit der geschilderten Fälle waren Gegenstand von detaillierten Fallbeschreibungen (Magos, Eshten, Halida, Nadège, Louise, Lany, Sombat, Olga und Samira), die von mindestens drei auf das Asylwesen und das Ausländerrecht spezialisierten Personen nachgeprüft wurden. Gewisse problematische Fragen, welche diese Fälle aufwerfen, werden hervorgehoben. Obwohl natürlich nicht abschliessend, werden diese Fragen im Teil 3 nochmals aufgegriffen und erlauben bereits in diesem Stadium eine kritische Beurteilung der beschriebenen Sachlagen. Ein von der Groupe sida Genève aufgezeichneter Erlebnisbericht vervollständigt diese Beschreibung der Praxis (Teil 2.2). Dieser zeigt deutlich, welche Konsequenzen ein langwieriges Administrativverfahren für das alltägliche Leben einer Person hat, die gerade wegen ihrer gesundheitlichen Probleme einen stabilen Rahmen brauchen würde.

Teil 3 des Berichts bietet eine vertiefte Untersuchung der Praxis der Behörden. In diesem Teil werden die in Teil 2 beschriebenen Situationen und die darin aufgeworfenen Fragestellungen erneut aufgenommen. Durch die Fallreferenzen wird eine Verbindung zwischen der Beschreibung der konkreten Fälle und ihrer Analyse geschaffen und so kann leicht von einem Teil zum anderen übergegangen werden.

Die Groupe sida Genève hat die Gesamtübersicht über den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Behandlung von HIV im Kamerun aktualisiert und ergänzt (Anhang). Die aktuellsten Informationen sowohl von offiziellen Quellen als auch aus der Zivilgesellschaft wurden in diese Übersicht einbezogen. Diese bestätigt, dass die Analyse der Schweizer Behörden, die dazu tendiert Kamerun als ein Land ohne besondere Probleme bezüglich des Zugangs zur HIV-Gesundheitsversorgung einzuschätzen, weiterhin strittig bleibt². Das HIV dient als Musterbeispiel, da die Folgen einer Unterbrechung der Antiretroviralen Therapie (ART) und weiterer notwendigen Behandlungen bestens bekannt und extrem gravierend sind.

1. Rechtlicher Rahmen

1.1. B-Ausweis aus humanitären Gründen

In «schwerwiegenden Härtefällen» kann eine humanitäre Aufenthaltsbewilligung (B-Ausweis) gewährt werden. Personen ohne rechtmässigen Aufenthaltsstatus in der Schweiz (sans papiers) können sich auf [Art. 30 Abs. 1 Bst. b AuG](#) berufen, während jene die dem Asylgesetz unterstehen die Anwendung von [Art. 84 Abs. 5 AuG](#) (für F-Ausweise) oder [Art. 14 Abs. 2 AsylG](#) (für Personen im Asylverfahren und Abgewiesene) geltend machen müssen.

In all diesen Fällen hängt die Definition eines schwerwiegenden persönlichen Härtefalls von einer Überprüfung verschiedener Kriterien ab, die in [Art. 31 VZAE](#) festgelegt sind. So haben die Behörden folgendes zu berücksichtigen:

- die Integration der Person,
- ihre Respektierung der schweizerischen Rechtsordnung,
- ihre Familienverhältnisse, insbesondere jene der Kinder,
- ihre finanziellen Verhältnisse sowie ihr Wille zur Teilhabe am Wirtschaftsleben,
- die Dauer ihrer Anwesenheit in der Schweiz,
- ihre Möglichkeiten für eine Wiedereingliederung im Herkunftsland und
- ihr Gesundheitszustand.

fine; [E-4552/2013 vom 10. Oktober 2013](#), p. 8. Später hat das BVGer den effektiven Zugang zur Gesundheitsversorgung in gewissen Fällen in Frage gestellt (vgl. Gesamtübersicht im Anhang).

Der Gesundheitszustand ist demnach nur eines der Kriterien, die bei der Überprüfung eines Härtefalls berücksichtigt werden müssen. Für das BVGer ist jedoch die Erfüllung nur eines dieser Kriterien nicht ausreichend, um eine humanitäre Aufenthaltsbewilligung zu erlangen. All diese Kriterien sind Gegenstand einer umfassenden Beurteilung der Behörde, welche über einen breiten Handlungsspielraum verfügt³. Das Bundesgericht hat zudem festgelegt, dass die *Verbindung des Gesuchstellers zur Schweiz so eng sein müsse, dass man nicht von ihm verlangen könne, in ein anderes Land zu ziehen*⁴. Auch wenn grundsätzlich alle in [Art. 31 VZAE](#) erwähnten Kriterien überprüft werden, bleibt doch die Integration ausschlaggebend.

Die Anerkennung eines Härtefalles bleibt in der Praxis aussergewöhnlich⁵. Noch seltener ist dies der Fall bei Personen, die sich auf [Art. 14 Abs. 2 AsylG](#) berufen. Diese Möglichkeit besteht nur, wenn es sich nach einem Aufenthalt von mindestens fünf Jahren um einen «*schwerwiegenden persönlichen Härtefall wegen fortgeschrittener Integration*» handelt. Seit Februar 2014 sind Personen, welche öffentliche Fürsorge in Anspruch nehmen ausdrücklich von dieser Bestimmung ausgeschlossen, unabhängig von ihrem Alter und unabhängig davon, ob und in welchem Masse ihre mangelnde finanzielle Unabhängigkeit selbstverschuldet ist oder nicht. Zudem kann ein auf Grundlage dieses Artikels gefällter kantonaler Ablehnungsentscheid nicht angefochten werden. Folglich kann die Anwendung des Asylgesetzes auf Fälle, bei denen die medizinische Notlage ausschlaggebend ist, nur bei einer begrenzten Anzahl von Sachverhalten analysiert werden. In diesem Bericht wird deshalb nicht näher darauf eingegangen.

3 Zu diesem Thema siehe auch die Themenberichte des ODAE romand: [«Les critères d'octroi du permis humanitaire sont-ils appliqués de façon cohérente ?»](#) (Werden die Kriterien zur Erteilung einer humanitären Aufenthaltsbewilligung kohärent angewendet?), Bericht 005, 9. Juli 2009 und [«Régularisation impossible pour les travailleurs « sans papiers »»](#) (Regulierung für arbeitende «Sans-papiers» unmöglich), Bericht 002, 13. Dezember 2007, odae-romand.ch. **4** [BGE 130 II 39 vom 26. November 2003](#), E. 3. (« que la relation du requérant avec la Suisse soit si étroite qu'on ne puisse pas exiger qu'il aille vivre dans une autre pays »)

5 Die Anzahl der jährlich aufgrund von [Art. 30 Abs. 1 AuG](#) und [Art. 14 Abs. 2 AsylG](#) erteilten humanitären Aufenthaltsbewilligungen ist eher gering. Im 2013 beispielsweise waren es 328. SEM, Ausländerstatistik, Härtefälle. **6** [SEM, Asylstatistik, Jahresstatistiken, Stand per 31. Januar 2015](#). **7** Das Bundesamt für Migration (BFM) wurde per 1. Januar 2015 in das Staatssekretariat für Migration (SEM) umgewandelt. In der Analyse

1.2. Vorläufige Aufnahme: unzumutbare oder unzulässige Wegweisung einer kranken Person

Die vorläufige Aufnahme (F-Ausweis) wird jenen Personen erteilt, bei denen der Vollzug der Wegweisung nicht möglich, nicht zulässig oder nicht zumutbar ist ([Art. 83 Abs. 1 AuG](#)). In den letzten zehn Jahren betrug die Anzahl der Personen mit einem F-Ausweis etwa 25 000 und ist seit 2014 leicht gestiegen⁶. Gemäss dem Staatsekretariat für Migration (nachfolgend SEM)⁷ erlangt allerdings nur ein äusserst geringer Teil der Personen eine vorläufige Aufnahme aus gesundheitlichen Gründen⁸.

Für Personen die medizinische Probleme geltend machen, wird in erster Linie die **Unzumutbarkeit der Wegweisung** aufgrund von [Art. 83 Abs. 4 AuG](#) angeführt⁹. Die Rechtsprechung des BVGer¹⁰ legt fest, dass eine Wegweisung dann unzumutbar ist, wenn die Person die konkrete Behandlung, «*welche zur Gewährleistung einer menschenwürdigen Existenz absolut notwendig ist*» nicht mehr erhalten kann. Das Gericht präzisiert, dass [Art. 83 Abs. 4 AuG](#) seinen Ausnahmecharakter beibehalten müsse und nicht als Anspruch auf Zugang zu dem schweizerischen Standard entsprechenden medizinischen Infrastrukturen und Fachwissen interpretiert werden könne. Bei seiner Überprüfung berücksichtigt das Gericht den Schweregrad der Erkrankung und den Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Bezüglich des Schweregrades geht das Gericht davon aus, dass eine Wegweisung dann unzumutbar ist, wenn die mangelnde medizinische Versorgung **mit Sicherheit und innert kurzer Frist** zu einer *konkreten*

und den Schlussfolgerungen wird der Begriff SEM verwendet, während in den Fallbeschreibungen (Teil 2, Praxis der Behörden) beide Begriffe benutzt werden, je nachdem wann der Entscheid gefällt wurde (vor oder nach der Namensänderung). ⁸ Als Beispiel: Von den 9 377 im 2014 erteilten vorläufigen Aufnahmen beruhten lediglich 264 (3,4%) ausschliesslich auf medizinischen Gründen. SEM, internen Statistiken, Stand per 31. Januar 2015. ⁹ [Art. 83 Abs. 4 AuG](#): «Der Vollzug kann für Ausländerinnen oder Ausländer unzumutbar sein, wenn sie in Situationen wie Krieg, Bürgerkrieg, allgemeiner Gewalt und medizinischer Notlage im Heimat- oder Herkunftsstaat konkret gefährdet sind». ¹⁰ [BVGE 2009/2 vom 7. August 2008](#); andere Urteile des BVGer: [E-4714/2013 vom 31. März 2014](#), E. 5.1; [E-2822/2011 vom 18. Oktober 2011](#), E. 7.2; Urteile der ehemaligen Asylrekurskommission (ARK), [EMARK 1993/38 vom 13. Januar 1993](#); [EMARK 2003/24 vom 22. April 2003](#), E. 5.

Gefährdung oder einer ernsthaften, dauerhaften und erheblich schwereren Beeinträchtigung der körperlichen Integrität führt¹¹.

Im Rahmen der Überprüfung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung wird mehreren Aspekten Rechnung getragen: Die Verfügbarkeit einer Behandlung, deren Vermarktung, die Kosten, ihre therapeutische Wirksamkeit und die Zugänglichkeit mit Bezug auf die individuelle Situation der betroffenen Person. Tatsächlich können die finanzielle Situation, das soziale und familiäre Netz im Herkunftsland sowie die Beschäftigungsmöglichkeiten (Alter, berufliche Qualifikationen) den effektiven Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen¹². All diese Aspekte unterliegen dem Ermessen der Behörden.

In jüngster Zeit hat das BVGer präzisiert, dass das Risiko der Unterbrechung einer unbedingt erforderlichen Behandlung oder das Nichtvorhandensein einer adäquaten medizinischen Betreuung glaubhaft gemacht aber nicht bewiesen werden muss¹³. Es ist noch offen, in welchem Masse sich diese Rechtsprechung auf die Beweiserhebung über den Zugang zur Gesundheitsversorgung auswirken wird und welche Anforderungen eine Person erfüllen muss, die sich aus medizinischen Gründen gegen ihre Wegweisung wehrt. Die in diesem Bericht dokumentierten Fälle können dazu keine Hinweise liefern, da sie von den Behörden vor dieser Rechtsprechung beurteilt wurden.

Gemäss dem vorgenannten BVGer-Entscheid verfügt die Behörde ausserdem über keinerlei Ermessensspielraum und muss die Unzumutbarkeit der Wegweisung verfügen, wenn festgestellt wurde, dass ein solches Ereignis zu einer Gefährdung der betroffenen Personen führen würde, es sei denn, es bestehen Ausschlussgründe gemäss [Art. 83 Abs. 7 AuG](#), also wenn die

¹¹ [EMARK 2003/24](#), E. 5b. (« la mise en danger concrète de sa vie ou à une atteinte sérieuse, durable et notablement plus grave de l'intégrité physique ») ¹² SFH, *Manuel de la procédure d'asile et de renvoi*, 2009, p. 234. ¹³ [BVGE 2014/26](#), E. 7.7.4. Für das Gericht erfordert die Beantwortung der Frage, ob die Ausländerin oder der Ausländer konkret gefährdet wäre, eine Prognose. Die konkrete Gefährdung muss mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit eintreten, die das Gericht dem Beweismass gleichstellt, das gemäss [Artikel 7 Abs. 2 AsylG](#) für den Nachweis der Flüchtlingseigenschaft nötig ist. ¹⁴ Zum Begriff der langen Freiheitsstrafen, siehe Urteile des BVGer [E-663/2008 vom 11. Januar 2010](#), E. 5.2 et [E-4813/2006 vom 28. Juni 2010](#), E. 3. Die altrechtlichen Bestimmungen sehen in solchen Fällen eine Überprüfung der

betreffende Person zu einer längerfristigen Freiheitsstrafe verurteilt wurde¹⁴, wenn sie die innere oder äussere Sicherheit der Schweiz gefährdet oder wenn sie die Unmöglichkeit des Vollzugs ihrer Wegweisung durch ihre mangelnde Kollaboration verursacht hat.

Die Möglichkeit aus gesundheitlichen Gründen eine vorläufige Aufnahme zu erhalten, könnte infolge zweier neuer im Rahmen der **Revision des Asylgesetzes** erfolgten Änderungen, welche im Februar 2014 in Kraft getreten sind, drastisch eingeschränkt werden. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts bestehen die entsprechen Verfahrensabläufe unseres Wissens immer noch nicht. Wir können deshalb gegenwärtig nicht beurteilen, welche konkreten Auswirkungen diese Änderungen auf die betroffenen Personen haben werden.

Zum einen fordert der neue [Art. 26bis AsylG](#) von einem Asylsuchenden, dass er alle bekannten medizinischen Sachverhalte gleich zu Beginn des Verfahrens geltend macht. Sämtliche medizinischen Gründe, die einer Wegweisung entgegenstehen, die zu einem späteren Zeitpunkt geltend gemacht werden und durch einen anderen Arzt als jenem, der vom SEM beauftragt wurde, werden nur in Ausnahmefällen zugelassen¹⁵.

Zum anderen sieht der neue Absatz 5 von [Art. 83 des AuG](#) vor, dass wenn eine Person aus einem sogenannt sicheren Land stammt, der Vollzug der Wegweisung *«in der Regel zumutbar»* ist¹⁶. Stammt man aus einem dieser Staaten, erschwert eine solche Annahme der Zumutbarkeit die Geltendmachung von persönlichen Gründen, die gegen den Vollzug einer Wegweisung sprechen, wie etwa der Gesundheitszustand. Es sei denn, die medizinische Situation sei so gravierend, dass der Vollzug einer Wegweisung als unzulässig erachtet werden könnte.

Verhältnismässigkeit vor. ¹⁵ [Art. 26bis Abs. 3 AsylG](#) «Später geltend gemachte oder von einer anderen medizinischen Fachperson festgestellte gesundheitliche Beeinträchtigungen können im Asyl- und Wegweisungsverfahren berücksichtigt werden, wenn sie nachgewiesen werden. Eine Glaubhaftmachung reicht ausnahmsweise aus, wenn entschuldbare Gründe für die Verspätung vorliegen oder im Einzelfall ein Nachweis aus medizinischen Gründen nicht erbracht werden kann. Das SEM kann eine Vertrauensärztin oder einen Vertrauensarzt beiziehen». ¹⁶ Aktuell wurden noch keine Informationen betreffend einer Liste der «sicheren» Länder im Sinne von [Art. 83 Abs. 5 AuG](#) oder der Möglichkeit, dass diese Liste sich von jener für das Asylverfahren unterscheidet, kommuniziert.

Im Falle einer medizinischen Notwendigkeit kann die Unzulässigkeit des Vollzugs einer Wegweisung ebenfalls aufgrund von [Art. 83 Abs. 3 AuG](#) geltend gemacht werden. Sie wird unter dem Gesichtspunkt des Nichtzurückweisungs-Grundsatzes geprüft: Die Behörden können keine Wegweisung vollziehen, wenn diese gegen [Art. 3 EMRK](#) verstösst (Verbot der Folter und von unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung). Das BVGer räumt ein, dass bei einer Wegweisung, welche die betroffene Person in *höchstwahrscheinlicher Weise einem äusserst erheblichen lebensbedrohlichen Risiko aussetzen würde*, ein Verstoß von [Art. 3 EMRK](#) vorliegen würde¹⁷. Der gegen eine Zurückweisung gebotene Schutz ist absolut und gilt für alle Personen gleichermaßen, sogar im Falle von strafrechtlichen Verurteilungen in der Schweiz. Diese Bestimmung kommt in Bezug auf die Gesundheit allerdings nur in den allerschwerwiegendsten Fällen zur Anwendung, was impliziert, dass die Schwelle der Erheblichkeit höher angesetzt ist als jene, die für die Zumutbarkeit vorgeschrieben ist. Die Gesuche die sich aus dieser Möglichkeit ergeben sind daher weit weniger zahlreich und werden deshalb hier nicht behandelt.

1.3. Gefährdete Wiedereingliederung aus gesundheitlichen Gründen

Gelangte eine Person durch Heirat mit einem Schweizer Bürger oder mit einer Person in Besitz einer Niederlassungsbewilligung (C-Ausweis) zu einer Aufenthaltsbewilligung und kommt es vor Ablauf einer Frist von drei Jahren zu einer Trennung, können wichtige persönliche Gründe einen weiteren Aufenthalt in der Schweiz erforderlich machen ([Art. 50 Abs. 1 Bst. b AuG](#)). Dazu gehört die gefährdete Wiedereingliederung ([Art. 50 Abs.](#)

¹⁷ Urteil des BVGer [E-4813/2006 vom 28. Juni 2010](#), E. 4.3. Der restriktive Charakter der Anwendung von Art. 3 EMRK auf medizinische Fälle wurde vor kurzem durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte bestätigt in der Sache [S.J. gegen Belgien \(Urteil vom 27. Februar 2014, Antrag Nr. 70055/10\)](#). Das Gericht ist der Auffassung, dass das Risiko einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei einer Rückkehr, sogar wenn Lebensgefahr bestehe, für sich allein noch keinen Verstoß gegen [Art. 3](#) darstelle, wenn eine kranke Person sich nicht in einem ‚kritischen Zustand‘ befinde und reisefähig sei. Obwohl die Richter voneinander abweichende Meinungen äusserten und die Grosse Kammer in dieser Sache befasst wurde, kam es zu keiner abweichenden Rechtsprechung, da die Angelegenheit gütlich beigelegt wurde und der mit HIV lebenden nigerianischen Staatsangehörigen

[2 AuG](#)). Stellt die Rückkehr ins Herkunftsland eine Gefährdung dar, gilt dieses Merkmal analog zur Unzumutbarkeit des Vollzugs der Wegweisung (vgl. Punkt 1.2 weiter oben), mit dem Unterschied, dass einer Person, die sich auf [Art. 50 AuG](#) berufen kann, eine Aufenthaltsbewilligung und nicht eine vorläufige Aufnahme erteilt wird¹⁸.

2. Praxis der Behörden

2.1. Konkrete Fälle¹⁹

Magos²⁰ leidet bei seiner Ankunft in der Schweiz im 2008 seit mehreren Jahren unter Herzproblemen und stellt einen Asylantrag. In seinem Herkunftsland Armenien konnte er sich aufgrund fehlender finanzieller Mittel nie in angemessener Weise medizinisch versorgen lassen. Nach Ablehnung seines Antrags sieht sich Magos mit einem Wegweisungsentscheid konfrontiert. Das BFM führt an, ohne jedoch Quellen zu nennen, dass der *Betroffene die Möglichkeit habe, die medizinische Behandlung im Herkunftsland zu erhalten* und dass der Vollzug der Wegweisung somit zumutbar sei. Magos erhebt beim BVGer Beschwerde gegen diesen Entscheid und erklärt, dass nach Aussage seiner Ärzte eine Herztransplantation nötig werden könnte. Er führt zudem aus, dass er bis zu seiner Abreise aus Armenien die Kosten für die medizinische Behandlung selber getragen hat und sich mit dem zufrieden geben musste, was er sich leisten konnte, auch wenn eine teurere Versorgung nötig gewesen wäre. Das BFM hält weiterhin an seiner Position fest und argumentiert, dass sich in Armenien *eines der grössten Herzzentren des Kaukasus befinde*.

und ihren Kindern eine humanitäre Aufenthaltsbewilligung erteilt wurde ([siehe Entscheid der Grossen Kammer vom 19. März 2015](#)). ¹⁸ Siehe Urteil des Bundesgerichts [2C 1062/2013 vom 28. März 2014](#), E. 3.2.2 sowie zitierte Referenzen, insbesondere [BGE 137 II 345](#) E. 3.3.2. Siehe zu diesem Thema auch die Fallbeschreibung: [«Il a droit à un permis, le canton lui propose un statut précaire» \(Er hat Anspruch auf eine Bewilligung, der Kanton bietet ihm einen prekären Status an\)](#), Fall 247, 12. Mai 2014, odae-romand.ch. ¹⁹ Alle in diesem Bericht genannten Vornamen wurden zur Wahrung der Anonymität der Betroffenen geändert. ²⁰ Siehe detaillierte Falldokumentation: [«On allait le renvoyer sans s'assurer qu'il aurait accès à un traitement vital» \(Man wollte ihn wegweisen ohne sicherzustellen, dass er Zugang zur lebenswichtigen Behandlung hat\)](#), Fall 163, 25. November 2011, odae-romand.ch.

Die Rechtsvertreterin von Magos stellt daraufhin bei der erwähnten Klinik Nachforschungen an. Gemäss einem Arzt dieser Einrichtung ist nicht sicher, ob Magos dort zugelassen würde. Er müsste zudem sämtliche Behandlungskosten übernehmen. Durch Erkundigungen bei mehreren Apotheken des Landes findet die Rechtsvertreterin zudem heraus, dass die Hälfte der ihrem Klienten verordneten Medikamente nicht verfügbar sind. Sie hält das BVGer regelmässig über den Gesundheitszustand von Magos auf dem Laufenden und bei ihrer letzten Meldung wird erwähnt, dass die «Überlebenschancen schlecht» seien. Mehr als zwei Jahre nachdem es damit befasst wurde, entscheidet das BVGer endlich. Das Dossier wird an das BFM zur Neuaufnahme des Beweisverfahrens zurückgewiesen, mit der Begründung, das Amt habe nicht zufriedenstellend nachgewiesen, dass die nötige Behandlung in Armenien zugänglich ist. Um den Prozess zu beschleunigen, stellt die Rechtsvertreterin die vom BVGer verlangten Nachforschungen selber an und übermittelt die Ergebnisse dem BFM. Ein Monat später wird Magos eine vorläufige Aufnahme erteilt. Im Januar 2015 erteilt das SEM (ehemals BFM) Magos auf Antrag des Kantons Neuenburg eine Aufenthaltsbewilligung aufgrund eines Härtefalls (B-Ausweis, [Art. 84 Abs. 5 AuG](#)), die an Stelle des prekären Status einer vorläufig aufgenommenen Person (F-Ausweis) tritt. Dies obwohl sein Integrationsweg aufgrund seiner gesundheitlichen Probleme und seines fortgeschrittenen Alters begrenzt bleibt. **Fall gemeldet vom Centre social protestant (CSP) – Neuenburg**

→ Wie lässt sich erklären, dass sich in einem Fall, bei dem ein Menschenleben auf dem Spiel steht, die Analyse der Behörde als so unvollständig und schlecht dokumentiert erwiesen hat?

Eshten²¹ stammt aus dem Kosovo und auch sein Fall wurde dank der von seiner Rechtsvertreterin vorgenommenen Schritte, insbesondere bei der Ärzteschaft in der Schweiz und in seinem Heimatland, vorangetrieben. Wegen einer in der Schweiz diagnostizierten Niereninsuffizienz muss er sich wöchentlich drei Dialysen unterziehen, die gemäss den zuständigen Ärzten für sein Überleben unerlässlich sind. Im Hinblick auf die rasche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes und seines jungen Alters könnte letztlich eine Transplantation nötig werden, welche im Kosovo nicht durchführbar ist. Gemäss

²¹ Siehe detaillierte Fallbeschreibung: [«On voulait le renvoyer alors que sa maladie n'est pas traitable au Kosovo» \(Man wollte ihn wegweisen, obwohl seine Krankheit im Kosovo nicht behandelbar ist\), Fall 158, 11. Oktober 2001](#), odae-romand.ch.

einem Arzt vor Ort könnte das bestehende Dialysezentrum im Kosovo sich nicht um Eshten kümmern, da keine Plätze zur Verfügung stehen. Für das SPOP (Amt für Bevölkerung des Kantons Waadt), das sich auf die Quellen des BFM stützt, reicht die Existenz eines Dialysezentrums allerdings, um die Ausreise von Eshten zu fordern. Die Rechtsvertreterin erklärt, dass diese Informationen nicht zuverlässig sind, weil die Ärzte Angst haben ihre Stelle zu verlieren und es deshalb nicht wagen gegenüber Behörden die tatsächliche Situation zu schildern und dass in Wirklichkeit nur jene Patienten aufgenommen werden, die Bestechungsgelder zahlen können. Die Situation löst sich als Eshten einem Beamten des SPOP gegenübertritt und sich verpflichtet, nach erfolgter Transplantation, die mittlerweile unumgänglich geworden ist, die Schweiz zu verlassen. Doch das BFM erklärt den positiven Vorbescheid des SPOP für ungültig und fällt einen Wegweisungsentscheid gegen Eshten, ohne dabei die von der Rechtsvertreterin vorgebrachten Beweiselemente zu berücksichtigen. Sie hat beispielsweise in einer Apotheke in Pristina in Erfahrung gebracht, dass die monatlichen Kosten für Medikamente ein Durchschnittsgehalt im Kosovo bei weitem übersteigen. Dank neuer von der Rechtsvertreterin eingeleiteter Schritte, die sich auf ein zusätzliches Arztzeugnis stützen, das besonders alarmierend ist und feststellt, dass *die kurz- bis mittelfristigen Überlebenschancen ohne eine Transplantation sehr schlecht sind*, hebt das BFM seinen Entscheid auf und erteilt Eshten eine B-Bewilligung. **Fall gemeldet von la Fraternité (Centre social protestant) – Waadt**

→ Eshten verdankt seine Aufenthaltsbewilligung der Beharrlichkeit seiner Rechtsvertreterin. Wie verhält es sich aber bei anderen Personen, die ebenfalls erhebliche gesundheitliche Probleme haben und nicht in dieser Art verteidigt werden können?

Halida²² aus Bosnien und Überlebende des Massakers von Srebrenica stellt im Jahr 2000 kaum volljährig einen Asylantrag in der Schweiz. Ihr Antrag wird vom BFM abgewiesen. Als sich ihr psychischer Gesundheitszustand verschlechtert, stellt sie ein Wiedererwägungsgesuch, aber das BFM und später auch das BVGer weisen ihr Gesuch ab. In der Schweiz erhält sie regelmässige psychiatrische Behandlung. Im Mai 2011 bringt sie einen Sohn zur Welt, den sie alleine aufziehen müssen, da der Vater die Schweiz

²² Siehe detaillierte Fallbeschreibung: [«Une rescapée de Srebrenica est renvoyée malgré de graves problèmes psychiques» \(Eine Überlebende des Massakers von Srebrenica wird trotz schwerer psychischer Probleme weggewiesen\), Fall 166, 20. Dezember 2011, odae-romand.ch.](#)

verlassen hat und sich nicht um ihn kümmern will. Kurz vor der Geburt erleidet sie einen Rückfall und fällt in eine schwere perinatale Depression. Der zuständige Arzt erwähnt ein erhöhtes Risiko einer gravierenden postnatalen Depression und ist der Ansicht, dass ihre Wegweisung in Anbetracht der Umstände und des Bedarfs eines stabilen Rahmens ein «*ernstes Risiko*» für sie und ihr Kind darstellen würde. Halida stellt also beim BFM erneut ein Wiedererwägungsgesuch unter Berufung auf die Rechtsprechung des BVGer, wonach die Behandlungsmöglichkeiten in Bosnien für schwer psychisch kranke Personen *vom Zufall abhängig seien und die daraus entstehenden Kosten teilweise selbst getragen werden müssten*. Das BFM weist das Gesuch mit der Begründung ab, dass Halida die nötige Gesundheitsversorgung in der Klinik in Tuzla verschrieben werden könne und die Sozialversicherung die Behandlung übernehmen würde, ohne jedoch entsprechende Quellen anzugeben. Ausserdem geht es davon aus, dass Halida von ihren Geschwistern vor Ort unterstützt werden könne und sie finanzielle Leistungen vom Vater ihres Kindes erwirken könne. In ihrer Beschwerde an das BVGer erklärt Halida, dass ihre Geschwister, zu denen sie keine enge Verbindung hat, arbeitslos sind und es unmöglich sei, von Bosnien aus Unterhalt zu beziehen und der Kindsvater im Übrigen auch arbeitslos sei. Sie wirft dem Bundesamt ausserdem vor, dem übergeordneten Interesse des Kindes nicht Rechnung zu tragen, das gemäss der internationalen Kinderrechtskonvention doch bei jedem Entscheid der Behörden vorrangig berücksichtigt werden müsste. Ungeachtet seiner eigenen Rechtsprechung bezüglich des beschränkten Zugangs zur Gesundheitsversorgung in Bosnien, bestätigt das BVGer den Entscheid des BFM²³. Gemäss dem Gericht obliegt es dem Therapeuten von Halida, sie auf die Rückkehr in ihr Herkunftsland vorzubereiten, das sie elf Jahre zuvor verlassen hat. Es erwähnt in keiner Weise das im Rekurs geltend gemachte übergeordnete Interesse des Kindes. Auf Antrag des Kantons Genf und infolge einer parlamentarischen Interpellation²⁴ betreffend der Notlage von Halida und des übergeordneten Interesses ihres Kleinkindes, erteilt ihr das BFM im Dezember 2012 einen B-Ausweis aus humanitären Gründen ([Art. 14 Abs. 2 AsylG](#)). **Fall gemeldet vom Centre social protestant (CSP) – Genf**

²³ Urteil des BVGer [D-5486/2011 vom 13. Oktober 2011](#). ²⁴ [Liliane Maury Pasquier, Wegweisungsentscheid. Was gelten die medizinische Notlage und das Wohl des Kindes?, 12.3033 – Interpellation vom 28. Februar 2012](#). ²⁵ Siehe detaillierte Fallbeschreibung: [«L'inaccessibilité des soins n'empêche pas l'ODM](#)

→ Kann man sagen, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung garantiert ist, wenn eine Behandlung zwar erhältlich ist, aber die weggewiesene Person diese nachweislich nicht bezahlen kann und ihr ausserdem auch ein stabiles Umfeld fehlt, das für ihre psychische Integrität und die ihres kleinen Kindes notwendig ist?

Nadège²⁵. Schon kurz nach ihrer Ankunft in der Schweiz im 2003 wird festgestellt, dass die aus Kamerun stammende Nadège HIV-positiv ist und sie beginnt eine antiretrovirale Therapie (ART). Die von ihr aufgesuchten Ärzte bestätigen, dass eine Unterbrechung der Behandlung, sei diese auch nur von kurzer Dauer, lebensgefährlich wäre. Ihr erster Versuch eine Aufenthaltsbewilligung für medizinische Behandlungen zu erwirken (Art. 33 BVO) scheitert sowohl beim BFM als auch beim BVGer²⁶. Diese sind der Ansicht, die medizinische Versorgung in Kamerun sei verfügbar und für Nadège auch zugänglich, sofern sie eine Arbeit finden könne, sei diese auch informell, und dass sie «*wahrscheinlich*» von ihrer Familie unterstützt werden würde. Sie reicht im 2011 erneut ein Gesuch ein, dieses Mal im Rahmen von [Art. 30 AuG](#). Ihre Rechtsvertreterin legt eine Studie des Country Information Research Center (CIREC) vor, die bestätigt, dass eine HIV-Behandlung in der Praxis aufgrund der häufigen Versorgungslücken und der Unfähigkeit des Systems alle Kranken versorgen zu können, nicht immer und überall möglich ist. Eine von der CIREC beauftragte lokale NGO stellt Nachforschungen bei der Familie von Nadège an und bestätigt, was diese seit Beginn des Verfahrens anführt: Die Mitglieder ihrer Familie können sie aufgrund ihrer extrem prekären Lebensumstände unmöglich aufnehmen und unterstützen. Drei ihrer Angehörigen sind in Kamerun bereits an Aids gestorben, was die Unfähigkeit der Familie illustriert, ihre Kranken medizinisch versorgen zu lassen und dies trotz der Geldsendungen die Nadège aus der Schweiz getätigt hat. Das BFM gelangt dennoch zu einem negativen Entscheid. Es vertritt die Auffassung, dass sich Nadège durch die illegale Einreise in die Schweiz *nicht tadellos verhalten habe* und weist die vorerwähnten Untersuchungsberichte zurück und führt aus, dass die Unzugänglichkeit zur Behandlung in Kamerun nicht nachgewiesen sei,

[de prononcer son renvoi](#) (Der fehlende Zugang zur Gesundheitsversorgung hindert das BFM nicht daran, ihre Wegweisung zu verfügen), Fall 176, 3. April 2012, odae-romand.ch. ²⁶ Urteil des BVGer C-5955/2008 vom 24. November 2010.

ohne Quellen anzugeben. Im Gegensatz zu den Informationen, die von der Rechtsvertreterin geliefert wurden, stützt sich das BFM bei seiner Entscheidung auf allgemeine Informationen ohne direkten Zusammenhang mit der persönlichen Situation von Nadège. Sie reicht erneut Beschwerde beim BVGer ein. In seinem im Dezember 2013 ergangenen Urteil²⁷, kritisiert das Gericht das BFM wegen der ungenügenden Urteilsbegründung. Zudem sollte sich das BFM über die Erkenntnisse der ersten Ausgabe dieses Berichts äussern, hat diesen aber vor dem Entscheid des Gerichts nicht berücksichtigt. Das Bundesamt wird aufgefordert einen neuen Entscheid zu fällen, gehörig begründet und basierend auf der eingehenden Prüfung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit HIV in Kamerun und den konkreten Möglichkeiten die Nadège hätte, tatsächlich zur benötigten Behandlung Zugang zu erhalten. Doch als der neue Entscheid ergeht, immer noch negativ, hebt das BVGer diesen erneut auf, weil das Bundesamt nicht alle geforderten Untersuchungen durchgeführt hat. Zum Zeitpunkt der Abfassung wird der neue Entscheid noch abgewartet. **Fall gemeldet von la Fraternité (Centre social protestant) – Waadt**

→ Vertreten die Behörden nicht allzu leichtfertig die Auffassung, dass die weggewiesene Person auf die Unterstützung der Angehörigen zählen könne, wenn es doch in Wirklichkeit häufig so ist, dass sich diese selber in prekären Lebensumständen befinden und es ihnen deshalb nicht möglich ist, die nötige Behandlung zu finanzieren?

Lany²⁸ stammt aus den Philippinen und lebt seit 2002 in der Schweiz, wo sie in der Hauswirtschaft tätig ist. Sieben Jahre nach ihrer Einreise wird bei ihr Brustkrebs diagnostiziert und sie muss eine Mastektomie durchführen lassen. Sie wird in der Folge einer Chemotherapie unterzogen und später mit Radiotherapie behandelt, bevor sie dann im 2010 eine Hormontherapie beginnt. Seit diesem Zeitpunkt braucht sie regelmässige medizinische Betreuung, die sie mit ihrem Gehalt und dank dem Anschluss an eine Krankenkasse selber finanzieren kann. Im November 2010 beantragt sie eine Aufenthaltsbewilligung gemäss [Art. 30 AuG](#). Sie führt das medizinisch belegte Risiko eines Rückfalls an sowie die Wahrscheinlichkeit eines erneuten chirurgischen Eingriffs. Sollte sich ihr Gesundheitszustand in ihrem

²⁷ Urteil des BVGer [C-5710/2011 vom 13. Dezember 2013](#). ²⁸ Siehe detaillierte Fallbeschreibung: [«L'ODM veut la renvoyer après 10 ans de séjour sans garantie qu'elle sera soignée» \(Das BFM will sie](#)

Herkunftsland verschlechtern, hätte sie gemäss ihrer Rechtsvertreterin keinen Zugang zu der nötigen Behandlung, was zu einer Gefährdung ihres Lebens führen würde. Das OCP (Office Cantonal de la Population – Amt für Bevölkerung des Kts Genf) übermittelt dem BFM einen positiven Vorbescheid, dieses beabsichtigt aber die Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung abzulehnen. Die Rechtsvertreterin präzisiert dann, dass Lany die nötige Behandlung in den Philippinen aufgrund fehlender finanzieller Mittel nicht erhalten kann und dass ihre Familie, die gegenwärtig vom Geld, das Lany aus der Schweiz schickt, abhängig ist, sie in gar keinem Fall finanziell unterstützen könnte. Sie übermittelt dem BFM ebenfalls eine Studie des CIREC, welches Nachforschungen über die Behandlungsmöglichkeiten aufgrund von Lanys Krankengeschichte angestellt hat und feststellt, dass die Behandlungskosten beim philippinischen Gesundheitssystem zu ihren Lasten gehen würden. Aber das BFM berücksichtigt dies nicht und verfügt ihre Wegweisung mit der Begründung, dass die nötigen Behandlungen existieren und im Rahmen eines spezifischen für Frauen mit Brustkrebs bestimmten Programms sogar kostenlos verfügbar seien. Das Bundesamt geht zudem davon aus, dass Lany eine stärkere soziokulturelle Verbindung mit ihrem Herkunftsland habe als mit der Schweiz. Die Rechtsvertreterin legt beim BVGer Beschwerde ein und reicht gleichzeitig eine Ergänzung zur Untersuchung des CIREC ein, welche die Schlussfolgerungen der vom BFM angeführten offiziellen Quellen widerlegen. Das CIREC stellt insbesondere fest, dass Lany nicht von dem vom Bundesamt erwähnten Programm profitieren könnte, da die Frauen dafür direkt nach ihrer Operation teilnehmen müssen und auch die Diagnose bereits auf den Philippinen erfolgt sein muss. Im September 2014 stellt das BVGer fest, dass das BFM Lany nicht über die Existenz eines Berichts über den Zugang zur Gesundheitsversorgung auf den Philippinen informiert hat, welcher als Basis für den Entscheid diene und auf diese Weise ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt hat²⁹. Im Oktober 2014 legt Lany auf Ersuchen des BFM neue Unterlagen vor, bleibt aber anschliessend trotz mehrerer Nachfragen ohne Nachricht. Im April 2015 legt sie Beschwerde wegen Rechtsverweigerung beim BVGer ein. Wenige Tage später informiert das BFM – zwischenzeitlich SEM (Staatssekretariat für Migration) geworden - Lany dass ihr eine B-Bewilligung erteilt wird. **Fall gemeldet vom Centre de Contact Suisses-Immigrés (CCSI) – Genf.**

→ *Ist es normal, dass man eine Person, die mit ihrer Arbeit zur Schweizer Wirtschaft beiträgt, wegweist sobald sie krank wird? Wiegt das Interesse der Schweiz an ihrer Wegweisung schwerer als die Risiken, denen sie bei einer Wegweisung ausgesetzt ist?*

Louise³⁰ stammt aus Kamerun, ist Epileptikerin und leidet an einer HIV-Infektion. Nach Abweisung ihres Asylgesuchs im 2006 reicht ihr Rechtsvertreter zwei Wiedererwägungsgesuche beim BFM ein, weil er die Auffassung vertritt, dass ihre Wegweisung unzumutbar sei. Er erklärt, dass die Behandlung von Louise mit Antiepileptika infolge mehrerer epileptischer Anfälle angepasst werden musste und dass die Medikamente, die sie nun benötigt in Kamerun nur über Bestellung im Ausland und zu horrenden Preisen erhältlich sind. Gemäss den konsultierten Ärzten könnte eine inadäquate Behandlung *zu irreversiblen neurologischen Schädigungen führen* und aufgrund der Wechselwirkung des Antiepileptikum mit der Aidsbehandlung gebe es keine Alternativen. Aber für das BFM und das BVGer kann sie weggewiesen werden, da Kamerun über Therapien gegen Epilepsie verfüge - *auch wenn es sich dabei nicht unbedingt um genau jene handle, welche die Schweizer Therapeuten verschrieben hätten*. In der Folge verschlechtert sich der Gesundheitszustand von Louise noch weiter und ihr Rechtsvertreter stellt ein drittes Wiedererwägungsgesuch. Ein von mehreren Experten unterzeichneter ärztlicher Bericht belegt, dass ihre HIV-Infektion mit einem Virus verbunden ist, der gegen die First-Line ART resistent ist, wodurch eine neue Behandlung mit Second-Line-Medikamenten nötig wird. Gemäss diesen Experten ist diese neue Behandlung in Kamerun nicht verfügbar. Ausserdem musste Louise infolge einer schweren depressiven Episode für mehr als einen Monat hospitalisiert werden. Ohne regelmässige psychiatrische Betreuung *sei das Suizidrisiko offensichtlich*. Gemäss ihrem Rechtsvertreter ist zudem eine berufliche Wiedereingliederung in Kamerun in Anbetracht ihres Alters (59 Jahre) und der Stigmatisierung von Personen mit HIV in diesem Land ausgeschlossen. Das BFM weist das Gesuch jedoch ab und wiederholt, dass die notwendigen Medikamente, welche in Kamerun nicht erhältlich sind, in Europa bestellt werden könnten, ohne dabei jedoch die damit

³⁰ Siehe detaillierte Fallbeschreibung: [«Après 6 ans de procédure, on admet que l'accès aux soins n'est pas garanti au pays»](#) (Nach einem sechs Jahre dauernden Verfahren wird festgestellt, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung im Heimatland nicht gewährleistet ist), Fall 182, 30. August 2012, [odae-romand.ch](#).

verbundenen Kosten zu erwähnen. Das Bundesamt vertritt ausserdem die Auffassung, dass die psychischen Störungen unter denen Louise leidet *auf die Angst vor einer Wegweisung zurückzuführen seien* und dass ihre Psychotherapeutin sie auf die Rückkehr vorbereiten müsse. Der Rechtsvertreter legt im September 2009 erneut Beschwerde beim BVGer ein, in welcher er sich bezüglich dem Zugang zur ART und der Betreuung von psychischen Störungen in Kamerun, die an finanzielle Mittel geknüpft ist, auf verschiedene internationale Berichte sowie die Rechtsprechung des BVGer³¹ selber bezieht. Dank einer Untersuchung des CIREC kann ihr Rechtsvertreter nachweisen, dass sich die Kosten für den Import der benötigten Medikamente nach Kamerun auf mehrere tausend Franken belaufen würden. In einem dem BVGer zugestellten Vorbescheid im Oktober 2009 beharrt das BFM auf seiner Position und empfiehlt die Ablehnung der Beschwerde. Schliesslich heisst das BVGer die Beschwerde im April 2012³² gut und fordert das BFM auf, Louise die vorläufige Aufnahme zu erteilen. Das Gericht berücksichtigt dabei die Notwendigkeit und die extrem hohen Kosten der ihr verschriebenen Behandlung und dass deren Verfügbarkeit nicht garantiert ist sowie die erschwerte Wiedereingliederung mit der sich Louise im Falle einer Wegweisung konfrontiert sehen würde. **Fall gemeldet durch Service d'aide juridique aux exilé-e-s (SAJE) – Waadt**

→ Die zu Beginn des Verfahrens geltend gemachten gesundheitlichen Probleme waren schon schwerwiegend. Weshalb haben dann die Behörden so lange gezögert auf die Wegweisung von Louise zu verzichten?

Lulja. Die 46 jährige Lulja wurde bereits zu einem früheren Zeitpunkt in den Kosovoweggewiesen und stellt im Juni 2008 zum zweiten Male ein Asylgesuch in der Schweiz. Sie ist wegen einer Krankheit, die in ihrem Herkunftsland nicht richtig behandelt wurde, auf dem rechten Auge vollständig erblindet und teilweise auch auf dem linken. Nach einem ablehnenden Entscheid des BFM erhebt sie beim BVGer Beschwerde. Diese wird im März 2010 abgelehnt³³. Das Gericht führt aus, dass Lulja mit den ihr verschriebenen Medikamenten *im Rahmen einer angemessenen Rückkehrhilfe versorgt werden könne* und ansonsten *das medizinische Fachwissen im Kosovo*

31 Urteil des BVGer [E-1955/2008 vom 11. Dezember 2008](#). **32** Urteil des BVGer [D-6206/2009 vom 23. April 2012](#). **33** Urteil des BVGer [E-7721/2009 vom 9. März 2010](#). (« pourront lui être fournis dans le cadre d'une aide au retour appropriée », « qu'elle fasse [...] appel au savoir-faire médical kosovar »).

in Anspruch nehmen könne. Für das Gericht ist eine Wegweisung somit durchaus zumutbar. Im Juni 2010 reicht der Rechtsvertreter von Lulja beim BFM ein Wiedererwägungsgesuch ein. Er legt ein Arzzeugnis vor, das von drei leitenden Ärzten des Genfer Universitätsspitals (HUG) unterzeichnet wurde. Diese attestieren im Falle einer Rückkehr in den Kosovo das konkrete Risiko einer vollständigen Erblindung, da die dort früher geleistete medizinische Betreuung die Entwicklung der Krankheit nicht verhindern konnte. Gemäss den Ärzten handelt es sich um eine chronische Krankheit, die eine komplizierte medizinische Behandlung und bei akuten Schüben eine Koordination zwischen mehreren Spezialisten erfordert. Der Rechtsvertreter legt dem Gesuch einen Untersuchungsbericht der SFH (Schweizerische Flüchtlingshilfe) bei, welche die Krankenakte von Lulja zwei Kliniken in Pristina vorgelegt hat. Daraus geht hervor, dass die Behandlungsmöglichkeiten im Kosovo nicht existieren und sie bei einer Rückkehr «*höchst wahrscheinlich*» auch am zweiten Auge erblinden werde. Das BFM beharrt dennoch auf seinem Standpunkt und vertritt die Meinung, dass diese Recherchen keine erheblichen Tatsachen darstellen. Der Rechtsvertreter reicht beim BVGer Beschwerde ein. Er legt einen Brief der vorgenannten Ärzte vor, die der Ansicht sind, dass ihr Bericht vom BFM leichtfertig behandelt wurde und dass eine Wegweisung die medizinischen Investitionen der letzten zwei Jahre ruinieren würde und zudem *den elementarsten Regeln der Ethik widerspreche*. Der Rechtsvertreter führt weiter aus, dass die vom BVGer erwähnte Möglichkeit der Rückkehrhilfe offensichtlich nicht in Frage kommt, da diese auf sechs Monate beschränkt ist, während die Behandlung von Lulja lebenslänglich weitergeführt werden muss. Ein aktualisiertes Arzzeugnis, welches eine Änderung der Behandlung empfiehlt, wird dem BVGer im März 2012 übermittelt. Im Mai 2012 erstellt die SFH einen Ergänzungsbericht, der bescheinigt, dass die nötige neue Behandlung im Kosovo nur erhältlich ist, wenn Lulja die entsprechenden jährlichen Kosten von CHF 16'000 bis 20'000 selber übernehmen könne. Dieser Bericht gibt zudem an, dass gemäss eines Professors der Universitätsklinik von Pristina davon ausgegangen werden müsse, dass Lulja, in Anbetracht der Art wie sich ihre Krankheit entwickelt

34 Urteil des BVGer [E-4722/2010 vom 22. Oktober 2012](#). (« conjonction de facteurs particulièrement défavorables », « aucune raison solide de s'écarter des avertissements réitérés par les médecins spécialistes en charge de la recourante »). **35** Siehe detaillierte Fallbeschreibung: [«Atteinte d'un grave](#)

habe, vollständig erblindet wäre, hätte man ihre Wegweisung vollzogen. Im Oktober 2012 verfügt das BVGer dem BFM Lulja eine vorläufige Aufnahme zu erteilen und stellt fest, dass ihre Situation *ein Zusammentreffen von besonders ungünstigen Faktoren zeige*³⁴. Es unterstreicht, dass es überhaupt *keine handfesten Gründe gab von den wiederholten Warnungen der für Lulja zuständigen Fachärzte abzurücken*. Insgesamt mussten acht ärztliche Berichte und zwei Untersuchungsberichte über die Situation im Kosovo eingereicht werden, bevor das Gericht die eingegangenen Risiken im Falle einer Wegweisung in ihr Herkunftsland einräumte. **Fall gemeldet vom Service social international (SSI) - Genf**

→ Ist es akzeptabel, dass präzise und alarmierende Berichte, die von mehreren hochqualifizierten Ärzten stammen, vom BFM so wenig oder gar nicht berücksichtigt werden?

Olga³⁵ stammt aus der Ukraine und hält sich zwischen 2002 und 2006 mehrfach für kurze Arbeitsaufenthalte als Kabarett-Tänzerin in der Schweiz auf. Bei ihrem letzten Aufenthalt, nachdem sie ein neues Visum erhalten hat, wird sie von ihrem Chef sexuell belästigt und er versucht sie zu missbrauchen. Sie bekommt Angst, beschliesst sich zu verstecken und holt ihre Aufenthaltsbewilligung nicht ab, wodurch sie nach Ablauf des Visums in die Illegalität abrutscht. Im 2009 diagnostiziert das Universitätsspital CHUV in Lausanne bei ihr Brustkrebs, der einen operativen Eingriff und Chemotherapie mit sich bringt. Neue Untersuchungen zeigen, dass ihr Zustand durch eine Genmutation, welche mittelfristig neue Operationen sowie eine intensive regelmässige Betreuung nötig machen wird, noch alarmierender geworden ist. Unter Vorlage mehrerer Beweise beantragt sie beim SPOP (Amt für Bevölkerung des Kantons Waadt) eine Härtefallbewilligung und führt an, dass es aufgrund der Kosten und wegen der weitverbreiteten Korruption sehr schwierig sei in ihrem Land die nötige medizinische Versorgung zu erhalten und dass auch andere Kriterien vorliegen würden, die eine Bewilligung im Sinne von [Art. 31 VZAE](#) rechtfertigen (Integration, Dauer des Aufenthalts usw.). Das SPOP

[cancer, elle doit partir sans garantie d'accès aux soins» \(Schwer an Krebs erkrankt, soll sie ohne sicheren Zugang zur Gesundheitsversorgung weggewiesen werden\), Fall 268, 3. Dezember 2014, odae-romand.ch.](#)

erlässt einen positiven Vorbescheid, der dem BFM zur Genehmigung vorgelegt wird. Nach eigenen Abklärungen im Herkunftsland fällt das Bundesamt einen negativen Entscheid, ohne jedoch Olga im Vorfeld über die Ergebnisse der Untersuchung zu informieren. Das BFM argumentiert, dass die medizinische Versorgung, die für ihren Krebs nötig sei, gemäss «*einem ukrainischen Arzt*» in der Ukraine zur Verfügung stehen würde und sie sich, ungeachtet ihres Gesundheitszustandes, illegal in der Schweiz aufgehalten habe und deshalb also *nicht untadeliges Verhalten geltend machen könne*. Bei all dem werden die anderen von ihr vorgebrachten Argumente überhaupt nicht berücksichtigt. Eine im Juni 2014 beim BVGer eingereichte Beschwerde führt die Tatsache an, dass das BFM die Problematik des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in der Ukraine aufgrund der verbreiteten Korruption überhaupt nicht berücksichtigt hat. Der Beschwerde liegt ein neues Arzzeugnis bei, das darauf hinweist, dass sich Olga mittelfristig erneuten Operationen unterziehen werden müsse, was eine regelmässige Betreuung sowie eine kostspielige tägliche Behandlung mit sich bringe. Im Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts ist die Beschwerde noch hängig. **Fall gemeldet von la Fraternité (Centre social protestant) – Waadt**

→ *Wie kann das BFM einen in menschlicher Hinsicht so bedeutungsschweren Entscheid erlassen und sich dabei nur auf eine anonyme lokale medizinische Quelle abstützen?*

Sombat³⁶ arbeitet in einem Hotel in Thailand als er den aus der Schweiz stammenden Stéphane trifft. Nach einer über Jahre dauernden Fernbeziehung lassen sie im 2011 ihre Partnerschaft eintragen. Sombat erhält eine Aufenthaltsbewilligung und lässt sich in der Schweiz nieder. Aber schon sehr bald wird er das Opfer psychischer, physischer und sexueller Gewalt durch seinen Partner. Von Stéphane aus seinem Domizil vertrieben, sucht Sombat Zuflucht bei einer Freundin. Im 2012 wird er bei der Opferberatungsstelle LAVI³⁷ als Opfer häuslicher Gewalt anerkannt. Kurze Zeit später, von Stéphane informiert, dass die eheliche Gemeinschaft aufgelöst worden sei, informiert das SPOP (Amt für Bevölkerung des

³⁶ Siehe detaillierte Fallbeschreibung: [«Malade du VIH et victime de violences conjugales, il doit partir» \(An HIV erkrankt und Opfer häuslicher Gewalt, muss er gehen\) Fall 271, 20. Januar 2015,](#)

Kantons Waadt) Sombat darüber, dass es in Erwägung zieht, seine Aufenthaltsbewilligung aufzuheben. Allerdings entscheidet das gleiche Amt nach einer Analyse der Situation die Bewilligung von Sombat aus wichtigen persönlichen Gründen ([Art. 50 AuG](#)) zu erneuern. Er war nämlich nicht nur das Opfer medizinisch nachgewiesener und von der Opferberatungsstelle LAVI anerkannter häuslicher Gewalt, sondern hat in der Zwischenzeit auch herausgefunden, dass er sich mit HIV angesteckt hat. Seine Krankheit zusätzlich zu seiner Homosexualität, die weder in seiner Region, noch von seiner Familie akzeptiert wird, lassen Sombat schwere Folgen im Falle einer Wegweisung nach Thailand befürchten. HIV-Kranke leiden dort unter schweren Diskriminierungen und sie haben nicht überall Zugang zur Gesundheitsversorgung: Der Gesundheitszustand seiner Mutter, die ebenfalls seropositiv ist, verschlechtert sich laufend trotz dem Geld, das Sombat ihr sendet. Im Falle einer Wegweisung wäre deshalb nicht sicher, ob Sombat Zugang zur gleichen Gesundheitsversorgung haben würde, wie er sie seit Ende 2014 in der Schweiz erhält, vor allem mit einem lokalen Gehalt. Das BFM soll über den Erneuerungsantrag entscheiden und erlässt trotz neuer ärztlicher Gutachten einen negativen Entscheid. Gemäss dem Bundesamt, das sich hauptsächlich auf die Erklärungen von Stéphane gegenüber dem SPOP abstützt, sei die von Sombat erlittene häusliche Gewalt zu relativieren. Das BFM vertritt ausserdem die Auffassung, dass Behandlungen für Personen mit HIV in Thailand vorhanden seien und dass Homosexualität dort gut toleriert sei, ohne dabei eine Unterscheidung zwischen städtischen und ländlichen Regionen zu machen. Ausserdem ist das Bundesamt der Meinung, dass sich Sombat nicht erfolgreich in der Schweiz integriert habe. Dabei arbeitet er seit Juli 2011 beim selben Arbeitgeber als Koch und spricht inzwischen auch sehr gut französisch. Die im April 2014 beim BVGer eingereichte Beschwerde ist im Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts noch hängig. **Fall gemeldet von la Fraternité (Centre social protestant) – Waadt**

→ Wie soll man verstehen, dass die Kombination von häuslicher Gewalt, unsicherem Zugang zur Pflege und einer guten Integration nicht zum Erteilen einer Aufenthaltsbewilligung führen?

Samira³⁸ ist ein junges Mädchen mit einem aserbaidtschanischen Vater und einer Mutter gemischter armenischer und aserbaidtschanischer Abstammung. Angesichts des Konflikts zwischen diesen beiden Gemeinschaften ist die Familie von Samira, welche in Aserbaidtschan lebt, immer wieder Nachteilen aufgrund der mütterlichen Abstammung ausgesetzt. Seit ihrer Geburt leidet Samira an einer spinalen Muskelatrophie, einer schweren neuromuskulären Krankheit, die auch zu einer schweren Skoliose geführt hat und Samira dazu zwingt, sich unter schwierigen Bedingungen im Rollstuhl fortzubewegen, was auch eine intensive Betreuung durch ihre Familie bedingt. Als sich ihre Eltern im 2005 scheiden lassen und ihr Vater weggeht um in der Schweiz zu leben, sind Samira, ihre Mutter und ihre Schwester noch mehr Diskriminierungen ausgesetzt, was zu ihrer Flucht aus Aserbaidtschan führt. Sie finden temporär Zuflucht beim Vater bzw. Ex-Mann. Als dieser jedoch die Schweiz im Rahmen seiner Arbeit wieder verlässt, entschliessen sie sich ein Asylgesuch zu stellen. Parallel zum Verfahren absolviert Samira, dank einer umfassenden multidisziplinären medizinischen Betreuung und der beträchtlichen täglichen Betreuungsarbeit durch ihre Mutter und ihre Schwester, ihre Schule erfolgreich und integriert sich sehr gut in ihrer neuen Umgebung. Das Asyl wird ihnen jedoch verwehrt und die Wegweisung wird ausgesprochen, da die Behörden die Meinung vertreten, dass die für Samira nötige Gesundheitsversorgung in Aserbaidtschan erhältlich ist. Die daraufhin beim BVGer eingereichte Beschwerde stützt sich hauptsächlich auf die ärztlichen Gutachten, die Gesundheitsrisiken einer Wegweisung für Samira bescheinigen, da eine Fortsetzung ihrer multidisziplinären Behandlung unmöglich ist. In seiner Vernehmlassung zur Beschwerde hält das BFM an seinem Standpunkt fest, dass die für Samira nötigen Behandlungen in Aserbaidtschan sehr wohl verfügbar seien. Zwei Jahre später entdeckt das BVGer, dass das BFM nach Einreichung der Beschwerde in unzulässiger Weise Nachforschungen in Auftrag gegeben hat, welche zum Schluss kamen, dass die für Samira nötige komplexe medizinische Behandlung in ihrem Land nicht verfügbar ist. Angesichts dieses Befunds ordnet das Gericht im Oktober 2014 die Erteilung einer vorläufigen Aufnahme für Samira und ihre Familie an. **Fall gemeldet vom Centre social protestant (CSP) – Genf**

³⁸ Siehe detaillierte Fallbeschreibung: [«L'ODM dissimule des informations au Tribunal pour confirmer sa décision de renvoi» \(Das BFM verheimlicht dem Gericht Informationen um seinen Wegweisungsentscheid zu bestätigen\)](#), Fall 279, 20. März 2015, odae-romand.ch.

→ *Wie soll man verstehen, dass das BFM darauf beharrt ein junges schwerbehindertes Mädchen und ihre Familie wegweisen zu wollen, entgegen der Auffassung all ihrer behandelnden Ärzte sowie jener, die das Bundesamt selber konsultiert hat?*

2.2. Eve erzählt

Nach ihrer Flucht aus der Elfenbeinküste, wo sie während des Bürgerkriegs im 2002 Opfer einer Gruppenvergewaltigung wurde, erreicht Eve im 2006 ohne Aufenthaltsbewilligung die Schweiz. Sie findet Gelegenheitsjobs, bei denen sie häufig ausgenutzt wird. Im 2008 werden bei ihr eine Gürtelrose und eine HIV-Infektion diagnostiziert. Sie wird mehrmals aufgrund von schweren Hautreaktionen gegen die Anti-HIV-Arzneimittel und infolge einer schweren Depression hospitalisiert und muss deshalb die antiretroviralen Medikamente mehrmals wechseln. Ein Antrag auf eine humanitäre Aufenthaltsbewilligung wird im 2008 eingereicht. Insgesamt verlangt das BFM zwischen 2008 und Ende 2011 nicht weniger als vier Arztberichte. Alle bescheinigen schwere Gesundheitsschädigungen und die Notwendigkeit einer lebenslangen Behandlung. Im Januar 2012 erteilt das BFM Eve einen B-Ausweis. Ihr Erlebnisbericht zeigt, welche menschlichen Kosten die Unsicherheit im Zusammenhang mit einer möglichen Wegweisung verursacht, wenn doch stabile Lebensumstände nötig wären, um wieder auf die Beine zu kommen.

«Während ich auf meine Bewilligung wartete, gab es bei meiner Gesundheit Hochs und Tiefs. Am Anfang nahm ich meine Medikamente nicht richtig und so verschlechterte sich mein Zustand. Ich hatte viele Fragen und hatte Zuspruch nötig: Würde ich Kinder bekommen können, würde ein künftiger Partner die Krankheit akzeptieren? Mit Hilfe meiner Psychologin habe ich begriffen, dass ich gut mit diesem Virus würde leben können.

Meine Depression war häufig stärker, wenn ich mich mutlos fühlte. Wenn ich Arbeit suchte, sagte man mir dass ich kompetent sei, dass ich dynamisch sei aber dass sie mich nicht nehmen könnten, weil ich keine Bewilligung hätte. Dabei half es mir doch zu arbeiten. Nach meiner Therapie hat man mich bei Emmaüs eingeführt, wo man mich unterbrachte und meine

Krankenkasse zahlte und ich erledigte dort kleinere Arbeiten. Ich habe auch Kurse besucht, so konnte ich Praktikumsplätze finden. Am Ende des letzten Praktikums haben sich mich behalten und mich sogar bei der Sozialversicherung angemeldet. Fast zur gleichen Zeit, das war ein Zufall, bekam ich dann auch meine Bewilligung.

Die Elfenbeinküste fehlt mir nicht mehr. Als mein Vater noch lebte, habe ich mir ein Wiedersehen vorgestellt, dass ich ihm erzählen würde, wie es mir so geht. Aber seit er gestorben ist, ist es nicht mehr gleich. Momentan habe ich nicht vor wieder zurückzugehen. Im 2002 war ich in Bouaké wo ich mit meinem Vater gewohnt habe und habe dort Frauen mit aufgeschlitztem Bauch im Wasser treiben sehen. Horror. Meine Erinnerungen sind unerträglich.

Jetzt ist es mein Traum eine Familie zu gründen. Ich möchte wirklich gerne eine Tochter haben und ihr eines Tages, wenn sie dafür bereit ist, meine Lebensgeschichte erzählen. Ich hätte auch Lust ein Buch darüber zu schreiben, was ich seit meiner Kindheit alles erlebt habe. Erzählen ist für mich sehr wichtig, das bringt mir Erleichterung». Erlebnisbericht aufgezeichnet von der Groupe sida Genève

3. Analyse der Praxis

3.1. Prüfung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Herkunftsland

3.1.1 Ungenügende Beweisaufnahme und Urteilsbegründung des SEM

Mehrere der weiter oben beschriebenen Sachverhalte illustrieren die Tatsache, dass die Entscheide des SEM (ehemals BFM), die sich mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung im Herkunftsland befassen, häufig nicht genügend untersucht und begründet werden. Es kommt insbesondere vor, dass das Amt anführt, eine Behandlung in einem

39 Urteile des BVGer [E-6721/2006 vom 26. Juni 2008](#) und [E-5723/2008 vom 12. September 2008](#), betreffend die Fallbeschreibungen: «L'ODM affirme que les soins sont possibles, mais il ne cite aucune source» (Das BFM führt aus, dass die Betreuung möglich ist, ohne jedoch Quellen anzugeben», Fall 065, 20. Januar 2009 und «L'ODM voulait le renvoyer sans vérifier s'il pourrait recevoir des soins» (Das BFM

gegebenen Land sei verfügbar, **ohne dabei jedoch Quellen zu nennen**, welche die vorgebrachten Behauptungen untermauern. In einigen Fällen erweisen sich die Quellen des SEM als **wenig zuverlässig, überholt oder ungenau**. Hinter den Informationen gewisser von den Behörden bevorzugten offiziellen Quellen versteckt sich manchmal eine ganz andere Wirklichkeit, wie dies der Fall von Eshten oder die Studie bezüglich Kamerun im Anhang zeigt. Das Interesse gewisser wenig demokratischer und nicht sehr transparenter Staaten die Realität etwas zu beschönigen, scheint jedoch offensichtlich.

Bei der **Begründung der Entscheide** des SEM kann man über die Oberflächlichkeit gewisser Argumentationen nur staunen. Kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ob eine Behandlung effektiv zur Verfügung steht, stärkt das SEM seine Position häufig damit, dass es daran erinnert, dass die Betroffenen Rückkehrhilfe beantragen können. Ein so kurzfristiges Denken bei chronischen Leiden, wie jenem von Lulja, scheint unangemessen.

Genau wie die weiter oben beschriebenen Fälle von Magos und Nadège belegen auch zwei ältere, vom ODAE dokumentierte Fälle, dass **die untergeordnete Behörde** schon im 2008 vom BVGer wegen ungenügender Beweisaufnahme oder Urteilsbegründung betreffend der Überprüfung der Verfügbarkeit von Behandlungen und der effektiven Zugangsmöglichkeiten im Herkunftsland **gerügt wurde**³⁹.

Die umstrittene Natur etlicher Entscheide des SEM ist angesichts der Zahlen offensichtlich. **Die internen Statistiken des SEM**, die im Rahmen der vorliegenden Studie beantragt wurden, zeigen eine besorgniserregende Entwicklung: Bei fast der Hälfte der im Zeitraum zwischen 2009 und 2011 aus medizinischen Gründen erteilten vorläufigen Aufnahmen, geschah dies auf Anordnung des BVGer. Von 2013 bis 2014 kamen mehr als zwei Drittel dieser Aufnahmen aufgrund einer Beschwerde zustande. Und

[wollte ihn wegweisen ohne nachzuprüfen, ob er versorgt werden könne](#)), Fall 064, 20. Januar 2009, odae-romand.ch. Solche Rügen erfolgten auch wegen der Nichtbeachtung der Rechtsprechung des BVGer bezüglich der Länderanalyse bei der Überprüfung der Zumutbarkeit der Wegweisung: Siehe insbesondere Urteil des BVGer [D-6502/2010 vom 16. September 2010](#).

alleine im Januar 2015 musste bei 14 vorläufigen Aufnahmen aufgrund von schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen gerade mal bei einem Fall nicht der Umweg über die Beschwerde gemacht werden⁴⁰. Wie viele Wegweisungen wurden wohl bei ähnlichen Fällen vollzogen, weil die nötigen Mittel für eine Beschwerde fehlten?

Die SFH hat ausserdem festgestellt, dass auch das BVGer selber, in einem Entscheid vom Januar 2010, aus einer ihrer Länderanalysen Schlüsse zog, die völlig im Widerspruch zu den darin enthaltenen Beobachtungen standen. Zudem war die genutzte Studie auch nicht mehr aktuell – sie datierte nämlich aus dem 2006⁴¹.

Die europäische Union hat einheitliche Kriterien definiert, die bei der Erarbeitung und dem Gebrauch von Herkunftsländerinformationen anzuwenden sind – die sogenannten Country of Origin Information (COI) Standards⁴². Zu diesen Kriterien gehören **Objektivität, Transparenz, Aktualität, Genauigkeit, Verlässlichkeit, Ausgewogenheit, keine Hierarchisierung, Relevanz** und die **Nutzung von öffentlich zugänglichen Dokumenten**. Eine für die Behörden verbindliche Übernahme dieser Kriterien würde garantieren, dass der Anspruch auf rechtliches Gehör, der Untersuchungsgrundsatz und die Verpflichtung, alle administrativen oder rechtlichen Entscheide zu begründen, eingehalten werden⁴³. Die Analyse der vorerwähnten Fälle lässt allerdings Zweifel daran aufkommen, ob die Schweizer Behörden diese Leitlinien effektiv anwenden.

3.1.2 Mangelnde Gerechtigkeit und Verletzung von Treu und Glauben seitens der Verwaltungsbehörde

Neben der mangelhaften Beweisaufnahme und Urteilsbegründung verletzt das SEM manchmal gewisse rechtsstaatliche Garantien und verunmöglicht es auf diese Weise den Betroffenen sich zu verteidigen. Im Falle von Lany hat das BVGer dem SEM vorgeworfen, sie nicht über die

⁴⁰ Im 2013 kamen auf total 185 Aufnahmen aus medizinischen Gründen 107 Fälle die infolge einer Beschwerde beim BVGer verfügt wurden; im 2014 waren es 219 auf 274 Aufnahmen. SEM, internen Statistiken, Stand per 31. Januar 2015. ⁴¹ Urteil des BVGer [D-1719/2007 vom 21. Januar 2010](#). Siehe

Existenz eines Dokumentes informiert zu haben, welches als Grundlage für den Wegweisungsentscheid diente, wodurch Lany keine Möglichkeit hatte, dieses zu konsultieren oder darauf zu reagieren und somit ihren Anspruch auf **rechtliches Gehör nicht ausüben konnte**. Der Anspruch auf rechtliches Gehör und auf gleiche und gerechte Behandlung ist ein von der Bundesverfassung ([Art. 29 BV](#)) garantiertes Prinzip.

Noch schlimmer ist, dass das SEM im Fall von Samira in der Beschwerdephase Nachforschungen in Aserbaidschan betreffend dem Zugang zu der von ihr benötigten Gesundheitsversorgung angestellt hat. Als das BVGer diese Tatsache entdeckt hat, stellte es einen Verstoss gegen eine Regel des Administrativverfahrens fest, gemäss der es dem Gericht obliegt die Beweisaufnahme im Beschwerdestadium vorzunehmen und nicht der untergeordneten Instanz ([Art. 54 VwVG](#)). Die Tatsache, dass das SEM zudem das Vorhandensein dieser Recherchen verheimlicht hat, **widerspricht dem Grundsatz von Treu und Glauben**, nach dem sowohl die Verwaltungsbehörden als auch die Justizbehörden ihre Arbeit auszurichten haben ([Art. 5 Abs. 3](#) und [Art. 9 BV](#)). Wenn sich besonders verletzte Personen mit einem komplizierten Verfahren konfrontiert sehen, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Institutionen als Garanten der rechtsstaatlichen Prinzipien auftreten und deren Einhaltung auch gewährleisten.

3.1.3 Verfügbarkeit im Allgemeinen vs. effektiver Zugang zur nötigen Behandlung

Bei der Überprüfung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Herkunftsland muss nicht einfach die allgemeine Verfügbarkeit einer Behandlung abgeklärt werden, sondern die effektiven Möglichkeiten der betroffenen Person auch tatsächlich Zugang dazu zu erhalten. Der effektive Zugang muss im Hinblick auf die individuelle Situation und anderer Elemente wie die tatsächlichen Kosten zulasten des Patienten, die

Erhältlichkeit und Vorräte der nötigen Behandlungen und Medikamente, die geografische Lage und den Zugang zu Gesundheitszentren für notwendige Kontrolluntersuchungen geprüft werden.

Die Frage nach dem effektiven Zugang zur Gesundheitsversorgung stellt sich primär **in Verbindung mit der betroffenen Person**, also deren finanzielle Mittel, die allfällige finanzielle Hilfe zu der sie Zugang hätte, die Möglichkeit ein genügendes Einkommen zu erzielen, sowie das Vorhandensein eines familiären Netzes und die allfällige Unterstützung, die der Person daraus erwächst. Wenn der Gesundheitszustand oder das Alter eine Erwerbstätigkeit schwierig machen und die nötige Behandlung nicht kostenlos ist, überschätzen die Behörden häufig die finanzielle Unterstützung, welche die im Land verbliebene Familie bieten kann, ohne dabei jedoch wirklich Nachforschungen über die effektiv vorhandenen Mittel dieser Personen anzustellen. Dies ist insbesondere der Fall bei der Beurteilung der familiären Unterstützung und der finanziellen Hilfe von der Halida und Nadège profitieren könnten. In letzterem Fall wurden die durch die Gesuchstellerin vor Ort in Auftrag gegebenen Recherchen zu diesem Thema einfach abgetan.

Die Frage des effektiven Zugangs zu einer Behandlung stellt sich auch **im Zusammenhang mit der mangelnden Verfügbarkeit oder Vermarktung eines lebenswichtigen Medikamentes**. Dies ist insbesondere der Fall beim Antiepileptikum, das Louise braucht und das gar nicht erst erhältlich ist sowie bei HIV-Behandlungen, die aufgrund von Versorgungslücken in Kamerun nur theoretisch verfügbar sind, wie dies die Länderstudie im Anhang zeigt.

Wie aus unseren Feststellungen hervorgeht, ist manchmal zusätzlich zum Zugang zur geeigneten medikamentösen Behandlung **eine strenge medizinische Überwachung nötig**, um eine gravierende Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern. Im Falle einer Person mit gesundheitlichen Problemen psychischer Art, wie bei Halida oder Louise, ist es genauso wesentlich eine entsprechende psychosoziale Unterstützung und Betreuung garantieren zu können. Für eine Person mit HIV ist der Zugang zur Gesamtheit der klinischen und biologischen

Befunde, Analysen und Untersuchungen unverzichtbar damit ein lebensbedrohliches therapeutisches Versagen oder das Auftauchen einer opportunistischen Infektion rechtzeitig festgestellt werden kann (vgl. Länderstudie Kamerun im Anhang). Sind also gewisse Behandlungen kostenlos oder subventioniert, bedeutet dies noch nicht, dass dies auch für die damit zusammenhängenden essentiellen Kontrolluntersuchungen gilt. Dieser Aspekt wird häufig nicht genügend berücksichtigt, sogar wenn ärztlich attestiert wurde, dass eine unzureichende Überwachung ausserordentlich schwere Konsequenzen hätte.

3.1.4 Beweislast

Angesichts der Unzulänglichkeit des SEM bei der Beweisaufnahme und der Urteilsbegründung obliegt es dem Antragsteller oder seinem Rechtsvertreter, die Unzumutbarkeit des Vollzugs der Wegweisung glaubhaft zu machen. In der Praxis liegt die Beweislast effektiv bei diesen. Die **eingehenden Nachforschungen**, die sie auch im Herkunftsland vornehmen müssen, sind ganz besonders arbeits- und kostenintensiv.

Die Rechtsvertreter von Magos und von Eshten beispielsweise haben einen erheblichen Dokumentations-Aufwand geleistet um die Interessen ihrer Mandanten zu verteidigen. Doch haben alle kranken Personen, denen eine Wegweisung droht, Zugang zu einem Rechtsbeistand? Und können alle Rechtsvertreter solch umfangreiche Nachforschungen anstellen? Das darf im Hinblick auf die begrenzten finanziellen Mittel der Antragsteller und ihrer Vertreter, die häufig bei einem Hilfswerk oder für einen Verein arbeiten, bezweifelt werden. Nun verfügt aber das SEM nachweislich über mehr Mittel um Nachforschungen über das Gesundheitssystem eines Landes, den effektiven Zugang zu einer bestimmten Behandlung oder auch über die sozialen und beruflichen Reintegrationsperspektiven einer Person, deren Wegweisung verfügt wurde, anzustellen. Dennoch reicht es nicht, sich auf die offiziellen Quellen, die vom SEM häufig bevorzugt werden, zu beschränken, denn wie wir feststellen konnten (beim Fall von Eshten beispielsweise), haben diese manchmal Mühe die Mängel ihres eigenen Gesundheitssystem einzugestehen. Solche Quellen müssen diversifiziert und mit den Untersuchungen vor Ort von nichtstaatlichen Organisationen abgeglichen werden.

Mit den im Februar 2014 erfolgten Änderungen des Asylgesetzes (vgl. Teil 1.2 weiter oben) könnte sich diese Tendenz, die Beweislast umzukehren und die Behörde davon zu entbinden, Überprüfungen bezüglich der Unzumutbarkeit der Wegweisungen vorzunehmen, noch verstärken. So muss eine Person einerseits alle bekannten medizinischen Sachverhalte gleich zu Beginn des Verfahrens geltend machen. Sämtliche medizinischen Gründe, die einer Wegweisung entgegenstehen, die zu einem späteren Zeitpunkt geltend gemacht werden, werden nur in Ausnahmefällen zugelassen. Stammt eine Person andererseits aus einem sogenannt «sicheren» Land, obliegt es dieser glaubhaft zu machen, wenn nicht gar zu beweisen, dass der Vollzug der Wegweisung in ihrem Fall unzumutbar ist oder im schlimmsten Fall zu zeigen, dass eine Wegweisung unzulässig ist.

3.2 Beurteilung des Gesundheitszustandes und des Verschlechterungsrisikos im Falle einer Rückkehr

3.2.1 Erschwerte Berücksichtigung der ärztlichen Gutachten

Aus den beschriebenen Sachlagen geht ebenfalls hervor, dass die ärztlichen Gutachten von den Behörden nicht immer gebührend berücksichtigt werden. Im Falle von Lulja wird das Risiko der völligen Erblindung in Frage gestellt, obwohl es sowohl von den Ärzten in der Schweiz als auch von jenen, die im Kosovo befragt wurden, als «*höchstwahrscheinlich*» bezeichnet wird.

Manchmal stellen die Behörden die dringende Notwendigkeit einer spezifischen von den Ärzten in der Schweiz angeordneten Behandlung in Frage. Dies wird beim Dossier von Louise ersichtlich, bei der das SEM und das BVGer die Meinung vertreten, dass auch eine andere als die verordnete antiepileptische Behandlung verabreicht werden könnte, trotz der Risiken einer durch eine unsachgemässe Behandlung ausgelösten neurologischen Schädigung und der Warnungen der Ärzte bezüglich der Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Behandlungen.

⁴⁴ [BGE 125 V 351 vom 14. Juni 1999](#), E. 3 a et b, übernommen in [EMARK 2002/18 p. 146 vom 3. August 2002](#), (« dispose d'indices concrets propres à mettre en doute la fiabilité du rapport établi par l'expert privé »), und Urteil des BVGer [E-7002/2006 vom 27. Oktober 2007](#), E. 4.3. Siehe auch BGE 2A_274/1996

Dieses Misstrauen gegenüber den Gutachten der behandelnden Ärzte oder jedem anderen praktizierenden Arzt, der von der betroffenen Person ausgewählt wurde, basiert auf einer Rechtsprechung des Bundesgerichts (hiernach BGer) gemäss welcher *«der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen [soll und darf], dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen»*. Dies bedeutet, dass ein Richter den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens in Abrede stellen kann, *sofern er über konkrete Indizien verfügt, die gegen die Zuverlässigkeit der durch die private Fachperson erstellten Expertise sprechen*⁴⁴. Im Gegenzug könnte man sich natürlich fragen, ob die vertragliche Verbindung zwischen dem SEM und den von ihm beauftragten Ärzten nicht zu einer ebenso engen Bindung führt⁴⁵? In jedem Fall sollten die objektiven medizinischen Daten, wie die Diagnose und die verordnete Behandlung, keinesfalls in Zweifel gezogen werden, ohne dafür medizinisch abgestützte Argumente - Gegengutachten zum Nachweis – zu liefern, was dennoch in gewissen Situationen vorkommt.

3.2.2 Mangelnde Berücksichtigung der psychischen Probleme

Bei Personen mit psychischen Problemen scheint die Notwendigkeit, die Stabilität des psychosozialen Umfelds in den therapeutischen Prozess zu integrieren, unverstanden. Zudem wird das vorgebrachte Suizidrisiko sehr häufig so interpretiert, dass es ausschliesslich mit der Unsicherheit des Aufenthaltsstatus der Person und der Aussicht auf eine Wegweisung verbunden sei. Eine solche Interpretation ist offenkundig im Fall von Halida und von Louise, bei denen das BVGer die Meinung vertrat, dass es ganz einfach Sache der Therapeuten sei, ihre Patientinnen auf die Wegweisung vorzubereiten.

Auch wenn die Rückkehr in ein bekanntes Umfeld manchmal zum Heilungsprozess beitragen kann, ist es doch beunruhigend, dass ärztliche Empfehlungen so verfremdet werden, dass zugunsten einer Wegweisung

vom 7. November 1996, der festlegt, dass die Feststellung einer Tatsache durch einen Arzt für die Behörde verbindlich ist. ⁴⁵ Diese Frage wird sich insbesondere bei der effektiven Umsetzung des neuen [Art. 26bis Abs. 3 AsylG](#) stellen (s. o. Teil 1.2).

plädiert werden kann. Die mangelnde Berücksichtigung der ärztlichen Meinungen, die das Risiko eines Rückfalls oder eines Suizids im Falle einer Wegweisung vorbringen, zeugt von einer Unterschätzung psychischer Probleme und der Unkenntnis der tatsächlich notwendigen medizinischen Betreuung.

3.2.3 Erfordernis eines Risikos, das mit Sicherheit und innert kurzer Frist zu einer konkreten Gefährdung führt

Die weiter oben beschriebenen Situationen zeigen, dass die Erkrankung einen gewissen Schweregrad erreicht haben muss, um die Erwirkung einer Aufenthaltsbewilligung oder einer vorläufige Aufnahme zu rechtfertigen. Im Prinzip scheint die Voraussetzung eines gewissen Schweregrades und der **hohen Wahrscheinlichkeit** einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Falle einer Wegweisung vernünftig. Nun zeigen aber gewisse in diesem Bericht dokumentierten Fälle, dass die ärztlich attestierte ernsthafte Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes in der Praxis nicht ausreicht. Zudem mangelt es den Behörden bei Gesundheitsproblemen, die sich nur verschlechtern können, manchmal an einer langfristigen Sicht der Dinge, insbesondere im Falle einer Wegweisung und eines Behandlungsunterbruchs.

So ist es nicht denkbar, dass sich der Gesundheitszustand von Louise in Anbetracht ihrer Beschwerden verbessern wird, was die Schweizer Behörden aber nicht davon abhält ihre Situation auf kurze Sicht zu beurteilen. In ihrem Fall, wie auch im Fall von Eshten und Magos, waren die Behörden erst mit der Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung einverstanden, als ihr Zustand lebensbedrohlich wurde. Nun hatten aber die Ärzte in allen drei Fällen das ernsthafte Risiko einer Verschlechterung schon zu Beginn des Verfahrens geltend gemacht.

Kann man im Hinblick auf die dramatischen Risiken, die in solchen Fällen eingegangen werden, von einer verhältnismässigen Überprüfung

sprechen? Sollte die nachweisbare medizinisch attestierte Gefahr einer Verschlechterung oder eines Rückfalls nicht ausreichend sein um entweder eine vorläufige Aufnahme zu verfügen oder im Falle von langen Aufenthalten und/oder affektiven oder familiären Bindungen in der Schweiz eine Härtefallbewilligung zu erteilen? Sollten das SEM und das BVGer angesichts der in diesem Bericht vorgestellten Fälle ihre Anforderungen nicht überdenken? Wäre es nicht möglich ein **wahrscheinliches Verschlechterungsrisiko** des Gesundheitszustandes der betroffenen Person zu akzeptieren, statt den Beweis einer Verschlechterung zu fordern, die mit Sicherheit und innert kurzer Frist «*zu einer konkreten Gefährdung oder einer ernsthaften, dauerhaften und erheblich schwereren Beeinträchtigung der körperlichen Integrität*» führt⁴⁶?

Das Handbuch Asyl und Rückkehr des SEM erwähnt zu diesem Thema nicht mehr das Erfordernis einer mit Sicherheit eintretenden Verschlechterung des Gesundheitszustand innert kurzer Frist im Falle der Rückkehr damit eine konkrete Gefährdung gegeben ist⁴⁷. Entscheidend scheinen aber das gleichzeitige Vorliegen eines gravierenden körperlichen oder psychischen Leidens und unzulänglicher Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten im Herkunftsland zu sein.

Betreffend der Wahrscheinlichkeit, dass eine Behandlung unterbrochen wird oder die Gesundheitsversorgung im Falle einer Wegweisung nicht zugänglich ist, sei auf die vom BVGer⁴⁸ gemachte Analogie zwischen dem Verfolgungsrisiko, auf dem die Anerkennung der Flüchtlingseigenschaft abstützt, und dem Gefährdungsrisiko bei nicht vorhandener Gesundheitsversorgung, auf dem das Erteilen eine vorläufigen Aufnahme abstützt, hingewiesen (vgl. Teil 1.2 weiter oben). Unter Berücksichtigung der Tragweite – also das Leben oder die Integrität einer Person – reicht in beiden Fällen für das Erteilen eines Schutzes die einfache Tatsache, dass ein solches Risiko glaubhaft gemacht werden kann.

⁴⁶ [EMARK 2003/24](#), E. 5b. ⁴⁷ [SEM, Handbuch Asyl und Rückkehr, Artikel E3 Die Wegweisung und der Vollzug der Wegweisung, 2.2.2.1](#), S. 10, Stand per 1er. August 2014. ⁴⁸ [BVGE 2014/26](#). E. 7.7.4.

3.3 Erschwerte Berücksichtigung des Gesundheitszustandes beim Erteilen einer humanitären Aufenthaltsbewilligung

Bei einem Regulierungsantrag aus humanitären Gründen gemäss [Art. 30 AuG](#) ist die Integration von grundlegender Bedeutung. Nun sollten aber die berufliche Integration und die finanzielle Unabhängigkeit unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes geprüft werden, so wie dies [Art. 31 Abs. 5 VZAE](#) vorsieht⁴⁹. Auch wenn in der Praxis offensichtlich ist, dass es nicht reicht, sich auf medizinische Gründe zu berufen um einen Härtefall geltend machen zu können, kann man sich fragen, ob es verhältnismässig ist, dass diese Gründe kaum berücksichtigt werden, wie dies die vom ODAE romand dokumentierten Fälle zeigen.

So können Lany nach einem Aufenthalt von 10 Jahren in der Schweiz keinerlei Vorwürfe bezüglich Integration, finanzieller Unabhängigkeit oder Einhaltung der Schweizer Gesetze gemacht werden, aber das SEM führt dennoch aus, dass die soziokulturellen Verbindungen zu ihrem Herkunftsland stärker seien als jene zur Schweiz. Ihre Gesundheitsprobleme reichen nicht aus, den Entscheid zu ihren Gunsten zu beeinflussen.

Man kann sich ausserdem fragen, ob es von Seiten des SEM verhältnismässig war, sich in Anbetracht des gravierenden Gesundheitszustandes von Nadège zu weigern, ihr eine Aufenthaltsbewilligung aus humanitären Gründen zu erteilen, insbesondere mit der Begründung, dass ihr Verhalten aufgrund der illegalen Einreise in die Schweiz nicht «*untadelig*» gewesen sei. Nun dürfte aber dieses Argument kein Hindernis bei der Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung aus humanitären Gründen sein. Ansonsten wäre eine Regulierung von Personen ohne Aufenthaltsbewilligung gar nie möglich.

Bei beiden oben erwähnten Sachlagen handelt es sich um Personen, die sich trotz ihrer gesundheitlichen Probleme und dem in der Schweiz für sie geltenden Arbeitsverbot in bemerkenswerter Weise um ihre Integration bemüht haben. Dabei ist soziale und berufliche Stabilität um so wichtiger,

⁴⁹ [VZAE, art. 31 Abs. 5](#): «War auf Grund des Alters, des Gesundheitszustandes oder des asylrechtlichen Arbeitsverbotes nach Artikel 43 AsylG die Ausübung einer Erwerbstätigkeit bisher nicht möglich, ist

wenn man mit einer Krankheit konfrontiert ist, wie dies am Beispiel von Eve illustriert wird (siehe Erlebnisbericht, Teil 2.2 weiter oben). Wie kann man vor dem Hintergrund der doppelten Vulnerabilität, in Zusammenhang mit einem unsicheren rechtlichen Status und einem fragilen Gesundheitszustand, die Weigerung des SEM verstehen, Menschen wie Lany und Nadège eine Aufenthaltsbewilligung aus humanitären Gründen zu erteilen? Ist es verhältnismässig von den Behörden ihre Integration, in Anbetracht der Schwierigkeiten mit denen sie konfrontiert wurden, nicht als aussergewöhnlich einzustufen?

Schlussfolgerung

Ein Grossteil der in diesem Bericht beschriebenen Fälle sowie die Fallstudie über den Zugang zur Gesundheitsversorgung und Behandlungen im Zusammenhang mit HIV in Kamerun im Anhang illustrieren die **Diskrepanz zwischen der theoretischen, von den Behörden vorgebrachten Verfügbarkeit einer Behandlung und dem tatsächlichen Zugang zur angemessenen Versorgung in der Praxis**. Dieser ist einerseits stark abhängig von der individuellen Situation der Person (finanzielle Mittel, familiäres Netz, Alter usw.) und andererseits vom Gesundheitssystem im Herkunftsland (medizinische Infrastruktur, Kosten, Vorhandensein einer Sozialversicherung, Marktverfügbarkeit und Beschaffung der notwendigen Medikamente). Folglich sollte bei jedem Fall eine individuelle Prüfung vorgenommen werden. Dafür müssen alle Elemente berücksichtigt werden, die zur Bestimmung des effektiven Zugangs zur erforderlichen Gesundheitsversorgung beitragen, unabhängig davon, ob sie von Quellen des SEM oder aus Recherchen von Fachleuten im Auftrag von Organisationen stammen. Die **mangelhafte Beweisaufnahme, fehlende Transparenz und Begründung gewisser Entscheide des SEM**, das deswegen regelmässig vom BVGer gerügt wird, widersprechen ausserdem dem Anspruch auf rechtliches Gehör. In diesem Zusammenhang würde eine verbindliche Berücksichtigung der anerkannten Kriterien der *Country of Origin Information Standards* – insbesondere bezüglich Transparenz, Objektivität und Genauigkeit - bei den von den Behörden erlassenen

dies bei der Prüfung der finanziellen Verhältnisse und des Willens zur Teilhabe am Wirtschaftsleben zu berücksichtigen (Abs. 1 Bst. d)».

Entscheiden einen klaren Referenzrahmen schaffen. Auch der Anspruch auf rechtliches Gehör gebietet es der Behörde, die Quellen auf die sich ein Entscheid stützt anzugeben, damit eine Person, die von einer möglichen Wegweisung betroffen ist, auf die Feststellungen die den negativen Entscheid begründen, antworten kann.

Die **Berücksichtigung der ärztlichen Gutachten und Meinungen** stellt bei der Beurteilung der in diesem Bericht beschriebenen Fälle ein **echtes Problem** dar. So wurde bei einigen Entscheiden den behandelnden Schweizer Ärzten Subjektivität und Voreingenommenheit unterstellt. Die ärztlichen Prognosen werden teilweise in Frage gestellt, insbesondere wenn ein Suizidrisiko besteht. In anderen Fällen treten die Behörden sogar an Stelle der Ärzte und bestimmen, dass eine im Land verfügbare Ersatzbehandlung auch genüge. Diese Art der Beurteilung, geäußert von Personen die a priori keine medizinischen Kompetenzen haben, kann nicht nur schwerwiegende menschliche Folgen haben, sondern stellt auch ganz klar ein ethisches Problem dar.

Das **Risiko einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes** muss unmittelbar und sicher sein um den Vollzug einer Wegweisung abwenden oder eine Aufenthaltsbewilligung aus humanitären Gründen erwirken zu können. Diese Anforderung kann in vielen Situationen als übermässig hoch angesehen werden. Die ärztlich attestierten schwerwiegenden Konsequenzen im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, eines Rückfalls oder der nicht Verfügbarkeit einer Behandlung, sei diese auch nur temporär, sollte ausreichend sein.

Die aktuellen Kriterien scheinen umso unverhältnismässiger als es sich um Personen handelt, welche **viele Jahre in der Schweiz gelebt haben**, und deren Integrationsbemühungen in Anbetracht ihrer medizinischen Situation aussergewöhnlich sind. Die mangelhafte Berücksichtigung medizinischer Kriterien bei der Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung aus

humanitären Gründen stellt eine Form der Diskriminierung gegenüber kranken Personen dar. Die nationale Plattform «Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers» hat kürzlich eine Empfehlung in diesem Sinn herausgegeben: Würde medizinisch attestiert, dass der Abbruch einer in der Schweiz begonnen Behandlung schwere Konsequenzen haben könnte, sollte eine humanitäre Aufenthaltsbewilligung erteilt werden, ohne dass darüber hinaus der Beweis gefordert wird, dass die erforderliche Behandlung im Herkunftsland nicht zugänglich ist⁵⁰.

Die hier beschriebenen Fälle zeigen, dass das Anstellen von Nachforschungen bezüglich der Zumutbarkeit einer Wegweisung für die Verwaltung eine umfangreiche und kostspielige Arbeit darstellt. Sie ist dennoch nötig um Gefahren für Leib und Leben von Menschen zu vermeiden. Schon heute ist die **Beweislast teilweise umgekehrt**, da es häufig den Rechtvertretern obliegt, Tatsachen klar zu stellen, welche vom SEM nicht korrekt eruiert wurden. Nun haben aber zahlreiche Menschen denen eine Wegweisung droht keinen Zugang zu einem Rechtsvertreter und nicht alle Rechtsvertreter verfügen über die nötigen Mittel um solche Recherchen auszuführen.

Die Tendenz, die Verwaltung davon zu befreien, die nötigen Nachforschungen anstellen zu müssen, bestätigt sich auch über die laufenden Gesetzesrevisionen. So wird eine Liste sicherer Länder erstellt, in die der Vollzug der Wegweisung in jedem Fall zumutbar ist. Ausserdem werden auch die Möglichkeiten bei fortgeschrittenem Verfahrensverlauf medizinische Gründe geltend zu machen, die gegen den Vollzug einer Wegweisung sprechen, erheblich eingeschränkt. Diese Entwicklung ist bedauerlich. Man sollte nicht vergessen, dass es sich bei den tausenden von Menschen, die von der hier behandelten Problematik betroffen sind, nicht einfach um auszuschaffende Ausländer handelt, sondern primär um menschliche Wesen, die Anspruch auf ein würdiges Leben und auf den Schutz ihrer physischen und psychischen Integrität haben.

⁵⁰ Siehe Kurz-Info: [«Santé des sans-papiers: Disparités et renvois dénoncés par les milieux médicaux» \(Gesundheit der Sans-Papiers: Ärztekreise prangern Ungleichheiten und Wegweisungen an\)](#), 16. Dezember 2014, odae-romand.ch.

Anhang: Zugang zu Betreuung und Behandlung im Herkunftsland, der Fall des HIV in Kamerun

1. Die Einschätzung des SEM und des BVGer

Die Rechtsprechung des BVGer bezüglich Zumutbarkeit der Wegweisung einer HIV-positiven Person macht diese nicht nur vom erreichten CDC¹-Stadium abhängig – A, B, oder C, wobei C3 das am weitesten fortgeschrittene klinische Stadium darstellt – sondern auch von den besonderen persönlichen Umständen der Person im Rückkehrland. Gemäss dieser Praxis muss die Wegweisung einer HIV-positiven Person, die das Stadium C noch nicht erreicht hat, bei der der Aids also noch nicht ausgebrochen ist, nicht unbedingt als unzumutbar angesehen werden². Dennoch können andere Umstände ein Hindernis für die Wegweisung einer Person im Stadium B darstellen, aber umgekehrt genauso die Wegweisung einer Person ermöglichen, bei der Aids bereits ausgebrochen ist³.

Was den Zugang zu den Dreifachtherapien gegen den HIV in Kamerun betrifft, so gehen sowohl das SEM wie das BVGer davon aus, dass dieser Zugang keine grösseren Probleme darstellt und dass die nötige Behandlung grundsätzlich für weggewiesene Personen verfügbar ist⁴. Gemäss den Behörden stehen für Personen, welche die nötigen Kriterien erfüllen, zahlreiche antiretrovirale First- und Second-Line-Therapien (ART) gratis zur Verfügung. Im Falle einer Nichtverfügbarkeit schlägt das SEM bisweilen vor, sich die Medikamente im Ausland zu beschaffen, ohne dabei die exorbitanten Kosten eines solchen Vorgehens für die Lokalbevölkerung zu berücksichtigen⁵. Gewisse Entscheide des BVGer geben jedoch eine weniger positive Sicht der Zugangsmöglichkeiten zu den Behandlungen und der notwendigen medizinischen Betreuung bei Personen mit multiplen Gesundheitsproblemen wieder⁶. Dies ist beispielsweise der Fall bei Louise, deren Situation im Bericht beschrieben wurde.

¹ Klassifikationssystem für den klinischen Verlauf von HIV-Infektionen der Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention der Vereinigten Staaten (Centers for Disease Control and Prevention CDC), [EMARK 2004/7](#), E. 5 bb, S. 51. ² [EMARK 2004/7](#), E. 5d bb, S. 51. Das SEM scheint diese Rechtsprechung zu verkennen und basierte einen Wegweisungsentscheid einzig auf der Tatsache, dass die betroffene Person das Stadium C noch nicht erreicht hatte, voir Urteil des BVGer [C-1262/2012 vom 20. Dezember 2012](#), E. 4.5. ³ Urteil des BVGer [D-6538/2006 vom 7. August 2008](#), E. 9.3.4. ⁴ Urteile des BVGer [C-7450/2006 vom 5. März 2010](#), E. 5.5.3; [C-651/2006 vom 20. Januar 2010](#), E. 6.3.2; [E-8875/2010 vom 10. Februar 2011](#), E. 7.4.1, [D-1471/2012 vom 27. März 2012](#), S. 8. ⁵ Urteil des BVGer [D-6206/2009 vom 23. April 2012](#), S. 3, E. ⁶ Urteile des BVGer [D-2926/2008 vom 8. April 2011](#), E. 6.4; [D-6206/2009 vom 23. April 2012](#), E. 5.5.

Die in den letzten Jahren sowohl vom BVGer als auch vom SEM gefällten Entscheide basieren manchmal auf Informationen älteren Datums⁷ und die zur Beurteilung dieser Unterlagen im Hinblick auf die medizinische Situation in Kamerun hinzugezogene Rechtsprechung der Schweizer Asylrekurskommission ist bereits acht Jahre alt. Die Behörde hält sich häufig nicht damit auf zu überprüfen, ob die darin enthaltenen Informationen noch aktuell sind⁸. Ausserdem scheint das SEM aktuellere Quellen, die eine für die Kranken ungünstigere Situation aufzeigen, nicht berücksichtigen zu wollen, wie ein vom Country Information Research Centre (CIREC) erstellter Bericht vom 3. August 2013, der dem SEM vorgelegt wurde, oder die frühere Ausgabe des vorliegenden Berichts. Dies nicht einmal dann, als es vom BVGer ausdrücklich dazu aufgefordert wurde⁹.

Aus Sicht des BVGer ändern auch die Versorgungsschwierigkeiten, unter anderem aufgrund von Versorgungslücken bei den ART, nichts an der Einschätzung, dass die Gesundheitsversorgung im Rückkehrland effektiv vorhanden ist¹⁰. Auch das Anlegen eines Medikamentenvorrats in der Schweiz als medizinische Rückkehrhilfe gemäss [Art. 75, Abs. 3 AsylV 2](#) wird vom Gericht in manchen Fällen als eine realistische Alternative eingeschätzt¹¹. In anderen Fällen hat es dann allerdings eingeräumt, dass die Versorgungslücken den effektiven Zugang zu den Behandlungen in Kamerun in Frage stellen könnten¹².

Das BVGer schenkt den verschiedenen Quellen, die den effektiven Zugang zur Gesundheitsversorgung in Kamerun in Zweifel ziehen mehr Beachtung¹³ als das SEM. Das Gericht hat das SEM schon mehrfach hart gerügt und es dazu angehalten seine Entscheide besser zu begründen und sich dabei auf die konkreten Tatsachen des jeweiligen Falls abzustützen¹⁴. Das BVGer hat mehrere Fälle an das SEM zurückgewiesen, da dieses nicht ausreichend abgeklärt habe, ob die Gesundheit der Person erheblich gefährdet wäre, wenn sie nach Kamerun zurückkehren müsste¹⁵.

⁷ Urteil des BVGer [C-3216/2010 vom 29. Januar 2014](#), E. 4.3. ⁸ Urteil des BVGer [C-3216/2010 vom 29. Januar 2014](#), E. 4.3 & 4.5; das SEM stützte die Zumutbarkeit auf die Feststellungen des Entscheids [C-651/2006 vom 20. Januar 2010](#) ab, die ihrerseits auf Informationen vom September 2009 basierten, die über die Schweizer Botschaft in Yaoundé übermittelt wurden. In seinem Entscheid [D-82/2011 vom 31. Oktober 2012](#) E. 8.3.2, übernimmt auch das BVG Informationen der schweizerischen Asylrekurskommission betreffend den Behandlungsmöglichkeiten in Kamerun aus dem 2004; [EMARK 2004/7](#) E. 5d.bb. ⁹ Urteile des BVGer [C-5710/2011 vom 13. Dezember 2013](#), E. 6.2 und [C-3216/2010 vom 29. Januar 2014](#), S. 9, K. ¹⁰ In [BVGE 2011/50](#) E. 8.2. entwickelte Rechtsprechung zitiert in [E-4552/2013 vom 10. Oktober 2013](#), S.8. im Rahmen einer Analyse von Kamerun. ¹¹ Urteil des BVGer

Das BVGer hat vor kurzem auch klargestellt, dass das SEM verpflichtet ist, die «objektive Verfügbarkeit» der notwendigen Betreuung, Analysen und Behandlungen im Rückkehrland abzuklären, unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände der Diagnose. Danach habe das SEM in einem weiteren Schritt die «subjektive Verfügbarkeit» abzuklären unter Berücksichtigung der geografischen, finanziellen und sozialen Faktoren, welche den Zugang zu Betreuung, Analysen und Behandlungen beeinflussen könnten¹⁶.

Die folgende Gesamtübersicht zeigt zahlreiche aktuelle Probleme auf, die es einer HIV-positiven Person in Kamerun erschweren, Zugang zu den lebenswichtigen Behandlungen und Kontrolluntersuchungen zu erhalten. Die angeführten Quellen zeigen auch den Mangel an Pflegepersonal, vor allem im psychiatrischen und psychologischen Bereich. Sie stellen zudem fest, dass bei gewissen ART über längere Zeiträume hinweg die nötigen Bestände oder die notwendigen Reagenzien für Laboruntersuchungen und Analysegeräte fehlen. Schliesslich übersteigen die häufig noch durch Korruption erhöhten Analysekosten zulasten der Patienten meistens deren finanzielle Mittel.

2. Gesamtübersicht über den Zugang zur Gesundheitsversorgung und den HIV-Behandlungen in Kamerun

2.1 Beschäftigung/Unterkunft

Gemäss der im September 2012 publizierten Erhebung bei multiplen Indikatoren zur Demografie und Gesundheit des Nationalen Amts für Statistik in Kamerun waren 70 % der erwerbstätigen Bevölkerung – und 78,2% der erwerbstätigen Frauen - unfreiwillig unterbeschäftigt, bei einer Arbeitszeit von weniger als 35 Stunden pro Woche oder einem Gehalt, das unter dem garantierten branchenübergreifenden Mindestlohn SMIG liegt¹⁷.

[D-5671/2013 vom 2. April 2014](#), E. 6.3.2. **12** Urteil des BVGer [C-5710/2011 vom 13. Dezember 2013](#), E. 7.1.2. **13** Urteile des BVGer [D-6206/2009 vom 23. April 2012](#), E. 5.5; [C-5710/2011 vom 13. Dezember 2013](#), E. 6.2 ss.; [C-3216/2010 vom 29. Januar 2014](#), E. 4.5. **14** Urteile des BVGer [C-5710/2011 vom 13. Dezember 2013](#), E. 6.2 et 7.1.2 und [C-3216/2010 vom 29. Januar 2014](#), E. 4.1-4.5. **15** Urteile des BVGer [D-6206/2009 vom 23. April 2012](#); [C-5710/2011 vom 13. Dezember 2013](#); [C-3216/2010](#) E.4.3 ss. **16** Urteil des BVGer [C-1262/2012 vom 20. Dezember 2012](#), E. 4.5. **17** Institut National de la Statistique du Cameroun (INS), [Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples EDS-MICS 2011, Yaoundé, September 2012](#), S. 3; Alexandra Geiser, [Kamerun: Sozioökonomische Situation einer alleinstehenden Frau, Auskunft der SFH-Länderanalyse, Bern, 17. Januar 2011](#), S. 1.

Gemäss mehreren kamerunischen Zeitungsberichten sind die Vertreter der Regierung, der Gewerkschaften und der Arbeitgeberschaft am 17. Juli 2014 zu einer Einigung gelangt, wonach der monatliche Mindestlohn bei einer Arbeitszeit von 40 Stunden pro Woche von 28 216 FCFA (XAF) auf 36 270 FCFA (XAF) erhöht wird¹⁸. Ein Artikel im Journal du Cameroun wies darauf hin, dass diese Einigung von der Regierung noch offiziell bestätigt werden müsse¹⁹. Gemäss den Ergebnissen einer Befragung der Kameruner Haushalte (Enquête Camerounaise Auprès des Ménages, ECAM) von 2007 leben ausserdem 40% der Einwohner unter der Armutsgrenze²⁰. Der internationale Währungsfonds bestätigt, dass sich die im 2011 festgestellte Armutsrate seit 2001 nicht grundlegend verändert hat²¹. Die Arbeitslosigkeit trifft ganz besonders Personen mit einem Hochschulabschluss: 34,4 % der Hochschul- oder Universitätsabsolventen sind arbeitslos²².

Unter prekären Wohnverhältnissen versteht man das Fehlen jeglichen offiziellen Dokuments (Pacht- oder Mietvertrag, Eigentumsurkunde). Die Gesamtrate der Einwohner, die in prekären Wohnverhältnissen leben, wurde im 2011 auf 65% geschätzt, wobei allerdings nur 28% der Einwohner von Yaoundé/Douala davon betroffen waren. In diesen beiden urbanen Zentren besteht jedoch ein erhöhtes Risiko einer Zwangsräumung und mit 18% ist die Rate der Zwangsräumungsrisiko im Verhältnis am höchsten²³.

Eine Mietunterkunft in Yaoundé kostete im 2007 durchschnittlich zwischen 45 000 FCFA (XAF) und 80 000 FCFA (XAF) monatlich²⁴ und im 2009 zwischen 75 000 FCFA (XAF) und 500 000 FCFA (XAF)²⁵. In einer Antwort der Internationalen Organisation für Migration aus dem Jahr 2013 auf eine Anfrage des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge der Bundesrepublik Deutschland wurde angegeben, dass die Miete für eine Zweizimmerwohnung in Yaoundé zwischen 750 000 FCFA (XAF) und 1 000 000 FCFA (XAF) beträgt²⁶.

18 Omer Mbadi, Jeuneafrique.com, [Cameroun: le salaire minimum en hausse de près de 30%, 28. Juli 2014](#). **19** Journal du Cameroun.com, [Le SMIG passe de 28.000 à 36.270 FCFA](#), 17. Juli 2014. **20** zitiert in INS, *op. cit.*, S. 3. **21** Internationalen Währungsfonds (IMF), [Cameroon: Selected Issues, Country Report No. 14/213, Washington, 17. Juli 2014](#), S. 22. **22** Alexandra Geiser, *op. cit.*, S. 2. **23** INS, *op. cit.*, S. 24-25. **24** Country of Return Information (CRI) Project, [Country Sheet - Cameroon, November 2007](#), S. 20. **25** Internationale Organisation für Migration (IOM), [Informations sur le retour et la réintégration dans les pays d'origines - IRRICO II: Cameroun](#), 4. Mai 2009, S. 6. **26** Deutsches Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), [ZIRF-Counselling-Formular für Individualanfragen ZC133/28.08.2013, Yaoundé Arbeitsmarkt und Wohnsituation, 28. August 2013](#), S. 2.

2.2 Gesundheit

Gemäss der letzten Erhebung des Nationalen Instituts für Statistik von Kamerun im 2011 lag die gesundheitliche Betreuungsrate der Bevölkerung im 2007 bei 1 Arzt pro 13 468 Einwohner und ist seit der im Jahr 2000 festgestellten Rate von 1 Arzt pro 10 083 und im 1998 von 1 Arzt für 9 164 Einwohner noch gesunken. Diese Rate liegt deutlich unter der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Rate von 1 pro 1 000 Einwohner²⁷. Zum Vergleich: Im 2012 kam in der Schweiz 1 Arzt auf 476 Einwohner²⁸.

Es existieren nur wenige Dokumente darüber, wie verbreitet psychische Probleme in Kamerun²⁹ sind und die Rate der Fachkräfte im Bereich der psychischen Gesundheit mit 0,03 Psychiatern und 0,15 Krankenpfleger auf 100 000 Einwohner im 2011 ist nur ungenau bekannt³⁰. Gemäss einer Studie aus dem 2013 sind Stimmungsstörungen und Angststörungen in Afrika südlich der Sahara ungefähr 5 bis 10 Mal häufiger bei Personen mit HIV als bei der übrigen Bevölkerung³¹. Zudem wurde in einer Studie in Yaoundé im 2013 festgestellt, dass der Verbreitungsgrad von Depressionssymptomen bei 63% lag³².

98% der Frauen und 96% der Männer erklärten im 2011 über keine Krankenkassendeckung zu verfügen³³. Die individuellen Gesundheitskosten bezifferten sich durchschnittlich auf 23 261 FCFA (XAF) für eine Krankheit im Laufe der letzten 30 Tage, erhöhten sich aber auf 23 972 FCFA (XAF), wenn es sich bei der betroffenen Person um eine Frau handelte, auf 32 533 FCFA (XAF), wenn die Person in Yaoundé wohnte, auf 39 338 FCFA (XAF) für über 50jährige und auf 49 575 FCFA (XAF) für schwerwiegendere Krankheiten. Die Ausgaben sanken auf 11 703 FCFA (XAF) für das ärmste Quantil³⁴.

27 INS, *op. cit.*, S. 3-4. **28** Bundesamt für Statistik (BFS), [Bestand und Dichte der Aerzte, Zahnärzte und Apotheken nach Kanton 1990-2013, je-f-14.03.04.02](#). (201 Ärzte im ambulanten Sektor je 100'000 Einwohner) **29** Bradley N. Gaynes *et al.*, [Prevalence and Predictors of Major Depression in HIV-Infected Patients on Antiretroviral Therapy in Bamenda, a Semi-Urban Center in Cameroon](#), PLoS ONE 7 (7), Juli 2012, S. 1. **30** Weltgesundheitsorganisation WHO, Global Health Observatory (GHO), [Mental Health Atlas, country profiles 2011: Cameroon](#), Genf, 2011, S. 3. **31** Bradley N. Gaynes *et al.*, *art. cit.*, S. 1. **32** Rodrigue L'akoa *et al.*, [Prevalence and correlates of depressive symptoms in HIV-positive patients: a cross-sectional study among newly diagnosed patients in Yaoundé](#), Cameroon, BMC Psychiatry 13 (1), 2013, S. 3. **33** INS, *op. cit.*, S. 55. **34** *Ibid.*, S. 300.

Bei 76% der Haushalte in Kamerun und bei 84% der Haushalte in Yaoundé und Douala werden die Gesundheitsausgaben in der Regel vollumfänglich selber bezahlt oder aber zumindest zu einem grossen Teil³⁵. Die Arztbesuche, Visiten, Entbindungen und Arztzeugnisse werden gemäss zwei Tarifen entweder voll oder teilweise in Rechnung gestellt. Der reduzierte Tarif ist grundsätzlich subventioniert und auf 150 FCFA (XAF) pro Konsultation beschränkt und wird jenen Patienten verrechnet, die ein Einkommen von weniger als 10 000 FCFA (XAF) jährlich nachweisen können. Der volle Tarif darf 600 FCFA (XAF) pro Konsultation nicht übersteigen und geht zulasten aller übrigen Patienten³⁶.

2.3 HIV/AIDS

Die Verbreitung von HIV auf nationaler Ebene wird auf 4,3% geschätzt und ist im Vergleich zur Schätzung von 5,5% der letzten Erhebung im 2004 gesunken³⁷. Die Frauen sind von dieser Epidemie weiterhin stärker betroffen, mit einer Verbreitung von 5,6% gegenüber 2,9% bei den Männern. Die Prävalenz steigt auf 8,9% bei den in Yaoundé lebenden Frauen und auf 17,9%, bzw. 15,7%, bei den Witwen und den geschiedenen oder getrennt lebenden Frauen³⁸. Trotz des signifikanten allgemeinen Rückgangs bleibt Kamerun eines der Länder mit der höchsten Prävalenzrate in West- und Zentralafrika³⁹.

Der CNLS (nationaler kamerunischer Rat zur Bekämpfung von Aids) schätzte die Zahl der Personen, Erwachsene und Kinder, die mit HIV leben im 2011 auf total 560 306 und die Zahl der Todesfälle in Kamerun auf 34 000. Der CNLS ging von 51 315 Neuinfektionen im 2010 aus⁴⁰. Gemäss UNAIDS lag 2012 die Zahl der Personen, die mit HIV leben zwischen

35 INS, *op. cit.*, S. 307. **36** Décret N°63-DF-141 vom 24. April 1963 portant fixation pour la sante publique des tarifs de consultations visites accouchement certificats médicaux ainsi que la valeur des lettres-clefs de la nomenclature des actes professionnels, zitiert in: Treatment Access Watch (TAW), [Synthèse du rapport sentinelle de la semaine du 24 au 28 juin 2013](#), Camerounhealth.org. Treatment Access Watch ist eine unabhängige Beobachtungsstelle für den Zugang zur Gesundheitsversorgung und sammelt Daten bei den Patienten und dem Pflegepersonal in Gesundheitseinrichtungen. Der Bericht 2013 basiert auf Beobachtungen, die in 54 über alle 10 Regionen verteilten Gesundheitseinrichtungen gemacht wurden und repräsentiert in etwa 75% der Kameruner Bevölkerung, die wegen HIV behandelt wird. **37** INS, *op. cit.*, S. 265. **38** *Ibid.*, S. 265. **39** U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), [Cameroon 2013 Country Operational Plan](#), 14. Januar 2014, S. 2. **40** Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS), [Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2011-2015](#), Yaoundé, 1. Dezember 2010, S. 28.

550 000 und 660 000 und die Anzahl der Neuinfektionen zwischen 38 000 und 53 000. Die Zahl der Todesfälle in Verbindung mit Aids im 2013 wurde von UNAIDS auf zwischen 30 000 bis 40 000 beziffert⁴¹.

Die WHO geht davon aus, dass im 2012 von den 260 000 bis 300 000 Betroffenen, die eine ART benötigt hätten, gerade mal 122 783 Personen auch tatsächlich eine entsprechende Behandlung erhalten haben⁴². Gemäss dem nationalen Monitoringbericht 2012 der politischen Erklärung zum HIV der Kameruner Regierung erhielten Ende 2011 105 653 der mit HIV lebenden Menschen eine ART, entsprechend 49,6% der Personen, die eine solche Therapie benötigen würden⁴³. Im 2014 bezifferte der nationale Monitoringbericht 2013 die Anzahl der mit einer ART behandelten Menschen auf 131 531. Dies entspricht einer Deckungsrate von nur 26% und ist weit entfernt vom Ziel des nationalen Strategieplans von 70%⁴⁴.

Im 2010 empfahl die WHO⁴⁵ ab einem Wert unter 350 CD4/mm³ mit der Behandlung zu beginnen. Diese Empfehlung wurde 2013 aktualisiert und der Grenzwert für den Beginn der Behandlung auf 500 CD4/mm³ angehoben. Durch diese Änderung der Indikation steigt die Zahl der Betroffenen, die weltweit eine ART erhalten sollten um fast 50%⁴⁶.

2.4 Antiretrovirale Therapie (ART)

Die ART für Kinder und Erwachsene wird seit dem Entscheid vom 19. April 2007⁴⁷ vollumfänglich von der Kameruner Regierung subventioniert. Die nationalen Richtlinien für die Kostenübernahme schreiben eine therapeutische Betreuung inkl. vollständiges Blutbild, CD4, ASAT, ALAT, CD4-Zellzahl, Kreatinin, Amylase, Nüchtern-Blutzucker alle 6 Monate sowie Triglyceride

41 Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS (UNAIDS), « [HIV Estimates with uncertainty bounds 1990-2012, Tables by year, 2013](#) », [Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013](#). **42** WHO, [Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities](#), Genf, Juni 2013, S. 16. **43** CNLS, [Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/sida](#), Yaoundé, 30. März 2012, S. 37. **44** CNLS, [Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/sida - Global Aids Response Progress \(GARP\)](#), Yaoundé, März 2014, S. 21. **45** WHO, [Global update on HIV treatment 2013](#), *op. cit.*, S. 40. **46** *Ibid.*, S. 41. **47** Décision N°0176/MSP/CAB vom 19. April 2007, fixant la nouvelle tarification des protocoles de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA par les médicaments antirétroviraux (ARV) et les médicaments pour infections opportunistes au Cameroun, zitiert in TAW, [Synthèse du rapport sentinelle de la semaine du 24 Au 28 Juin 2013](#), *op. cit.*

und Cholesterin alle 12 Monate vor⁴⁸. Diese klinischen Untersuchungen werden von der Regierung teilweise subventioniert, es besteht jedoch eine Obergrenze von 3 000 FCFA (XAF) pro Patient und Semester⁴⁹.

Gemäss den erwähnten Richtlinien setzen sich die First-Line-Behandlungsprotokolle aus 2 NRTIs (Nukleosidale Reverse-Transkriptase-Inhibitoren) + 1 NNRTI (Nicht-Nukleosidale Reverse-Transkriptase-Inhibitoren) zusammen⁵⁰.

Viramune ist die Handelsbezeichnung, die von Boehringer Ingelheim für das NNRTI Molekül **Nevirapin**⁵¹ registriert wurde und dessen Generikum in Kamerun gratis zur Verfügung steht⁵².

Ein 5. Behandlungsprotokoll enthält das Kombinationspräparat **Truvada** (**Tenofovir** 300 mg/**Emcitrabin** 200 mg (**Truvada**) + **Efavirenz** 600 mg) und ist unter den First-Line ART im Katalog 2011 der ARV-Medikamente der zentralen Medikamentenbeschaffungsstelle (CENAME) aufgelistet⁵³. Die Ein-Pillen-Behandlung **Atripla** (**Tenofovir** 300 mg/**Emcitrabin** 200 mg/**Efavirenz** 600 mg) ist verfügbar, wird aber gemäss Katalog nicht subventioniert und kostet 26 575 FCFA (XAF) für 30 Kapseln.

Die Second-Line-Protokolle werden in den Richtlinien nicht erwähnt, aber im ARV-Katalog von 2011 werden sechs verfügbare Second-Line-Protokolle aufgelistet⁵⁴.

Gemäss Informationen, die das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im 2011 von der deutschen Botschaft in Yaoundé erhalten hat, werden die Second-Line-Moleküle **Raltegravir** (Integrase-Inhibitoren INI) und **Darunavir**

⁴⁸ Ministère de la santé publique du Cameroun, [Directives nationales de prise en charge par les antirétroviraux des personnes \(adultes et adolescents\) infectées par le VIH](#), 2012, S. 13. ⁴⁹ Décision N°0176/MSP/CAB Vom 19. April 2007, *op. cit.* ⁵⁰ *Directives Nationales, op. cit.*, S.45. First-Line-Behandlungsprotokolle: **a** Zidovudine 300 mg/Lamivudine 150 mg + Efavirenz (200 mg ou 600 mg), **b** Zidovudine 300 mg/Lamivudine 150 mg + Névirapine 200 mg, **c** Lamivudine 150 mg/Stavudine 30/40 mg/Névirapine 200 mg et Lamivudine 150 mg/Stavudine 30/40 mg, **d** Lamivudine 150 mg/Stavudine 30/40 mg + Efavirenz (200 mg ou 600 mg), ⁵¹ AIDSmeds.com, « Viramune ». ⁵² Antwort via E-Mail von Dr. Laura Ciaffi vom 12. März 2014. ⁵³ Centrale nationale d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels (CENAME), [Catalogue des antirétroviraux: Prise en charge adulte et adolescent vih/sida](#), 2011. ⁵⁴ *Ibid.* Second-Line-Protokolle: **a** [Tenofovir 300 mg + Lamivudine 300 mg] + Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg, **b** [Zidovudine 300 mg + Lamivudine 150 mg] + Lopinavir/

(Protease-Inhibitoren PI) nicht vom staatlichen Subventionsprogramm unterstützt, wobei **Raltegravir** in Kamerun gar nicht erst erhältlich ist⁵⁵. Gemäss dem Programmleiter eines Zentrums in Kamerun muss die Behandlung der Personen, welche nach Kamerun zurückkehren komplett neu gestaltet werden, was für den Behandlungsverlauf von Nachteil sein kann⁵⁶.

2.5 Versorgungslücken und Mehrkosten

Ein im 2012 intern verfasster Bericht der Weltbank zeigt, dass die Behandlung von Menschen mit HIV stark von Versorgungslücken und dem Fehlen von CD4 Screening-Reagenzien beeinträchtigt wird⁵⁷. In seinem nationalen Monitoringbericht vom März 2014 anerkennt auch der CNLS die Versorgungslücken im 2013.⁵⁸ Im 2013 waren die Nachkontrollen in den Behandlungszentren in nur 17,9% der Fälle für weniger als 3 000 FCFA (XAF) verfügbar⁵⁹. Zudem kam es in 20,6% der Zentren zu effektiven Fehlbeständen bei der Verfügbarkeit von ART⁶⁰ und Cotrimoxazol⁶¹ fehlte in einem Drittel der Zentren⁶².

Die Nachkontrollen waren im 2013 in den Behandlungszentren weniger häufig verfügbar (17,9% der Zentren) als im 2012 (52,3% der Zentren). Im 2013 kam es in 32,5% der Zentren zu Unterbrüchen der Verfügbarkeit – gegenüber 44,7% im 2012 – und 49,7% der Zentren verlangten Zusatzkosten - gegenüber 47,4% im 2012. In der Region Centre, einschliesslich Yaoundé, übersteigen die Mehrkosten die Obergrenze von 3 000 FCFA (XAF) und die Versorgungslücken betrafen etwas weniger als 40% der Zentren. Im gesamten Land waren die Mehrkosten im dritten und vierten Quartal am Sinken und die Versorgungslücken erreichten im letzten Quartal 2013 einen Höchststand von 35,3%⁶³.

Ritonavir 200 mg/50 mg, **c** [Tenofovir 300 mg + Lamivudine 300 mg] + Atazanavir 300 mg + Ritonavir 100 mg, **d** [Zidovudine 300 mg + Lamivudine 150 mg] + Atazanavir 300 mg + Ritonavir 100 mg, **e** Abacavir 300 mg + Didanosine 250 mg + Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg, **f** Abacavir 300 mg + Didanosine 400 mg + Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg. **55** BAMF, Bescheid Nr. 5538418-262, vom 6. Mai 2013, S. 2. **56** BAMF, [ZIRF-Counselling-Formular für Individualanfragen: Medizinische Versorgung, ZC8/21.01.14](#), 21. Januar 2014, S. 2. **57** CNLS.com, Weltbank, [Analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à infection par le VIH au Cameroun](#), Dezember 2013, S. 97. **58** CNLS, (GARP), *op. cit.*, S. 21. **59** TAW, *Rompre avec les ruptures: Etat de l'accès aux soins des PVVIH au Cameroun, Yaoundé*, 2014, S. 16. **60** *Ibid.*, S. 19. **61** Antibiotikum zur Behandlung und Prävention von Pneumocystis-carinii-Infektionen bei abwehrgeschwächten Personen. Aidsmap.com, [« Seprin \(cotrimoxazole\) »](#). **62** TAW, *Rompre avec les ruptures, op. cit.*, S. 18. **63** *Ibid.*, S. 16.

Der Deckungsgrad der Nachkontrollen (Anzahl Kontrollen/Anzahl Personen mit HIV bei den laufenden Dossiers) bleibt trotz einer Verbesserung im 2013 im Vergleich zum 2012 mit 0,028 tief⁶⁴. Diese Schwierigkeiten haben häufig ihren Ursprung darin, dass die CD4-Zähler fehlen oder über einen längeren Zeitraum hinweg defekt sind, wodurch in 44,4% der Zentren in mehr als 69.6% der Fälle keine Laborkontrollen ausgeführt werden können. Ausserdem kommt es häufig zu Versorgungslücken, Lieferverzögerungen oder Inkompatibilität der Reagenzien⁶⁵.

Im 2013 waren die Versorgungslücken bei den ART um 6,6% häufiger als im 2012 und betrafen 20,6% der Zentren. In der Region Centre mit Yaoundé erreichten die Versorgungslücken einen etwas tieferen Grad als im Landesdurchschnitt und es waren weniger als 16% der Zentren betroffen.⁶⁶

In einem Drittel der Zentren gab es bei **Cotrimoxazol** im 2013 Versorgungslücken und eine Packung kostete zwischen 50 FCFA (XAF) und 150 FCFA (XAF) in etwas weniger als 8 % der Zentren⁶⁷. Bei der Registrierung in den Behandlungszentren wird von den Patienten eine Gebühr für das Eröffnen eines Dossiers von 500 FCFA (XAF) bis 1 000 FCFA (XAF) verlangt oder sogar noch mehr. 32% der Behandlungszentren in Kamerun und 45,9% der Zentren in der Region Centre verlangen Gebühren von 1 000 FCFA (XAF).⁶⁸

Bei Konsultationen wurden im 2012 Mehrkosten von über 600 FCFA (XAF) in 49,3% der Zentren verrechnet, gegenüber 63,9% im 2013. 72,5% der Zentren in der Region Centre verlangen, in Verletzung des Dekrets vom 24. April 1963, Mehrkosten von mehr als 600 FCFA (XAF)⁶⁹.

Konkret verlangten beispielsweise die Spitäler Jamot und Militaire in Yaoundé im Juni 2013 zwischen 7 000 und 23 500 FCFA (XAF) für Kontrolluntersuchungen und die Mehrkosten für Konsultation betragen 1 000 FCFA (XAF) in der Tagesklinik des Hôpital central und 4 400 FCFA (XAF) im CHU. Im selben Monat war **Duovir** (**Lamivudin** und **Zidovudin**) im

64 CNLS, (GARP), *op. cit.*, S. 23. **65** TAW, *Rompre avec les ruptures*, *op. cit.*, S. 17 & 18. **66** *Ibid.*, S. 19. **67** *Ibid.*, S. 18 & 19. **68** *Ibid.*, S. 21 & 22. **69** *Ibid.*, S. 23. **70** TAW, [Synthèse du rapport sentinelle de la semaine du 24 au 28 juin 2013](#), Camerounhealth.org. **71** TAW, [Synthèse du rapport sentinelle de la semaine du 16 au 19 septembre 2013](#), Camerounhealth.org. **72** David Garmaise, Aidspan.org, [New Funding for Cameroon Will Be Used for Health Products](#), 14. September 2013.

Hôpital général nicht erhältlich und die Moleküle gegen Tuberkulose waren im Hôpital militaire nicht erhältlich⁷⁰. Im September 2013 erreichten die Mehrkosten für Konsultationen 4 400 FCFA (XAF) im CHU und im Hôpital Jamot waren **Duovir**, **Zidolan** und **Cotrimoxazol** sowie die subventionierten Reagenzien nicht verfügbar, weshalb kein biologisches Monitoring angeboten wurde⁷¹.

2.6 Finanzierung der ART

Während der Umstellung auf das neue Finanzierungsmodell im 2013 hat der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GF) Kamerun lediglich 20,4 Millionen Dollar des Interimsbeitrags ausbezahlt. Die Differenz von 60,6 Millionen Dollar wurde bis im 2014 zurückbehalten. Dies einerseits wegen der zahlreichen Versorgungslücken und andererseits weil die Kameruner Regierung ihre bei der zehnten Finanzierungsrunde des GF eingegangenen Verpflichtungen nicht eingehalten hat, wonach sie die Einkäufe von ART zu 64% hätte decken sollen und der GF den Restbetrag übernehmen würde⁷².

Im August 2013 hatten die Versorgungslücken solche Ausmasse angenommen, dass eine ausserordentliche Finanzierung von 10 Millionen US Dollar sowohl vom U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) als auch vom Präsidenten der Republik Kamerun, Paul Biya, angekündigt wurde ⁷³.

Am 18. September hat die Kameruner Regierung bekannt gegeben, dass das Budget für den Kauf von ART von 11 Millionen Dollar auf 20 Millionen Dollar erhöht werden soll und die von Präsident Biya im August angebotene Finanzierung von nun an im Jahresbudget beibehalten werde⁷⁴. Die ersten ART Lieferungen sind Ende Mai 2014 bei der CENAME (Medikamentenversorgungszentrale) eingetroffen und sollten, gemäss den Kameruner Behörden, für die folgenden 10 Monate reichen. Zum Zeitpunkt der Publikation der Quelleninformation waren diese allerdings noch nicht verteilt worden⁷⁵. Wir wissen nicht, ob die Bestellung sämtliche Behandlungsprotokolle der nationalen Richtlinien abdeckte.

73 *Ibid.* **74** The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Pressemitteilungen, [The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Global Fund and Cameroon Announce New Funding for HIV Treatment](#), 18. September 2013. **75** WHO, Regionalbüro für Afrika, Press materials, [Official presentation of new stock of anti retroviral \(ARV\) at the central medical supplies stores \(CENAME\)](#), 28. Mai 2014.

Gemäss der lokalen Presse soll der GF neue Finanzmittel im Gesamtbetrag von zwischen 51 und 144 Milliarden FCFA (XAF) für den Zeitraum 2015 – 2017 bereit stellen⁷⁶, was aber vom GF nicht offiziell bestätigt wurde.

2.7 Diskriminierungen

Gemäss einem Bericht des US-Aussenministeriums über die Menschenrechte in Kamerun im 2013 sind Frauen, Mädchen und LGBT häufig Opfer von wiederholter Gewalt und Diskriminierung, obwohl die Kameruner Verfassung jegliche Form von Diskriminierung verbietet⁷⁷.

In vielen Regionen hat das nationale Zivilrecht, das die Eigentumsrechte und Arbeitsrechte der Frauen schützen würde, kaum Bedeutung. Es herrscht immer noch Gewohnheitsrecht und gemäss diesem gelten Frauen als Eigentum ihres Ehemannes⁷⁸. Ähnlich verhält es sich bei der Strafklausel im Zusammenhang mit Vergewaltigungen, die häufig nicht zur Anwendung gelangt und es herrscht allgemein eine grosse Straffreiheit im Zusammenhang mit sexueller Gewalt⁷⁹.

Das US-Aussenministerium hat auch festgestellt, dass eine schwerwiegende Diskriminierungs- und Stigmatisierungskampagne gegen die LGBT-Gemeinschaft geführt wird, die der Staat sogar noch unterstützt⁸⁰. Beziehungen zwischen Menschen gleichen Geschlechts stellen eine Straftat dar und werden häufig in gewaltsamer und willkürlicher Weise schwer bestraft⁸¹.

Die internationale Menschenrechtsorganisation FIDH (Fédération internationale des ligues des droits de l'Homme) hat in einem im Februar 2015 veröffentlichten Bericht festgestellt, dass die Verfechter der Rechte

⁷⁶ Larissa Pougoue, [Cameroun: 40 milliards de FCFA pour combattre le paludisme](#), Le Griot.info, 27. Februar 2015; Ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du Territoire du Cameroun, [Coopération Cameroun-Fonds Mondial: près de 51 milliards de FCFA pour intensifier la lutte contre le paludisme au Cameroun de 2015-2017](#), 18. Februar 2015; Journal du Cameroun.com, [Le Cameroun cherche 155 millions de dollars auprès du Fonds mondial de lutte contre le Sida](#), 30. Januar 2015. ⁷⁷ US Department of State, [Cameroon 2013 Human Rights Report](#), S. 23. ⁷⁸ *Ibid*, S. 24. ⁷⁹ *Ibid*, S. 23. ⁸⁰ *Ibid*, S. 29. ⁸¹ Human Rights Watch, [Guilty by association: rights violations in the enforcement of Cameroon's anti-homosexuality law](#), März 2013, S. 9-10.

der LGBT behindert und verfolgt werden und teilweise eingesperrt oder sogar umgebracht werden. Die Behörden unternehmen wenig gegen diese Verfolgungen und gewisse Akteure sind sogar Mitglieder der Polizei- oder Justizbehörden⁸².

Auch HIV/Aids hat zahlreiche Diskriminierungen zur Folge. Wie oben erwähnt, sind Frauen häufiger von der Krankheit betroffen (5,6% gegenüber 2,9% bei den Männern⁸³) und sind damit doppelt vulnerabel was Diskriminierungen anbelangt. Im Rahmen einer im Februar 2014 publizierten Untersuchung hatten 20% der befragten HIV-infizierten Personen in den vorangehenden 12 Monaten ihre Stelle im Zusammenhang mit ihrem serologischen Status verloren⁸⁴. Die im privaten Bereich erlittenen Diskriminierungen sind ebenfalls bedeutend: 12,9% der befragten Personen wurden von familiären Aktivitäten ausgeschlossen, 11,4% von sozialen und 4,5% von religiösen Aktivitäten oder Kultstätten⁸⁵.

André Mama Fouda, Kameruner Minister für das Gesundheitswesen, hat Anfang 2015 bei der Lancierung einer Kampagne gegen Diskriminierungen erklärt, dass Diskriminierung und Stigmatisierung eine Realität in der Gesellschaft seien und die HIV/Aids Prävention behindern würden⁸⁶. Gemäss einem Artikel der IRIN (Integrated Regional Information Network) wird Personen mit HIV häufig die Arbeitsstelle gekündigt, ihnen werden Bankkredite verwehrt und sie sind bekanntermassen auch stigmatisierendem Verhalten von Seiten des Pflegepersonals in den Spitälern ausgesetzt⁸⁷.

Zusammenfassung der uns bekannten Informationen.
Stand per 19. Juni 2014 (aktualisiert am 2. März 2015)

82 Fédération internationale des ligues des droits de l'homme (FIDH), [Cameroun: les défenseurs des droits des personnes LGBTI confrontés à l'homophobie et la violence: Rapport de mission internationale d'enquête](#), 25. Februar 2015, S. 20. **83** S.o. Teil 2.3 HIV/AIDS. **84** HIV Leadership through Accountability Programme, GNP+, RéCAP+, [PLHIV Stigma Index: Cameroon Country Assessment](#), Yaoundé-Messa, Kamerun, 2013, S. 37. **85** *Ibid.* S. 28. **86** Journal du Cameroun.com, [Une campagne contre la stigmatisation des malades du Sida lancée au Cameroun](#), 4. März 2015. **87** Integrated Regional Information Network IRIN, [Enduring HIV stigma in Cameroon](#), 23. Januar 2014.

Danksagung

Das ODAE romand und die Groupe sida Genève danken all jenen, die durch ihre Arbeit und ihre Mitarbeit die Realisierung dieses Berichts möglich gemacht haben.

Der Entwurf und die erste Ausgabe konnten dank der grosszügigen Unterstützung des Fonds mécénat des Services Industriels de Genève (SIG), der Stadt Genf und des Kantons Genf realisiert werden. Die vorliegende Neuauflage wurde zudem durch den nationalen Innovationsfonds der Schweizer Aidshilfe und das Migros-Kulturprozent grosszügig unterstützt. Diesen danken wir herzlich.

2011 organisierte die Groupe sida Genève in Zusammenarbeit mit dem SIG (Services Industriels de Genève) und dem UNO-Hochkommissionariat für Menschenrechte (UNHCHR) die Wohltätigkeitsveranstaltung «Ruban Rouge». Die dabei gesammelten Spenden wurden für die Erstausgabe dieses Berichts (2012) eingesetzt.

Eine elektronische Version des vorliegenden Berichts mit HTML-Links zu den genutzten Quellen und Referenzen kann unter: www.oda-romand.ch oder www.groupesida.ch heruntergeladen werden.

ODAE romand

Die Westschweizer Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht (ODAE romand) wurde 2008 gegründet und ist bestrebt, die Konsequenzen der Anwendung des Asyls- und Ausländerrechts sowie deren kontinuierlichen Verschärfungen in menschlicher Hinsicht auszuleuchten. Mithilfe eines Netzwerks von um die hundert Korrespondenten aus der gesamten Westschweiz dokumentiert es reale Fälle und trägt in klärender Weise zur öffentlichen Debatte bei, die häufig von der Vermischung von Sachverhalten und Unwahrheiten geprägt ist.

Groupe sida Genève

Die regionale Aids-Hilfe Groupe sida Genève unterstützt und entwickelt seit 1987 im Auftrag des Departements für Arbeit, Soziales und Gesundheit der Republik und des Kantons Genf (DEAS) Projekte zur Bekämpfung von Aids für die gesamte Genfer Bevölkerung und bietet zudem Dienstleistungen für Menschen mit HIV an, darunter auch ein vertraulicher und unentgeltlicher Rechtsbeistand. Durch die Einleitung rechtlicher Schritte und die Durchführung von Sensibilisierungskampagnen trägt sie zudem aktiv zur Bekämpfung von Diskriminierungen im Zusammenhang mit HIV/Aids bei. Seit 2011 ist die Groupe sida Genève Mitglied der internationalen Koalition Sida PLUS und unterstützt ausserdem internationale Advocacy-Aktionen, insbesondere für den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit HIV im Norden wie im Süden.

Impressum

Koordination: Mariana Duarte, ODAE romand; Sascha Moore Boffi, Groupe sida Genève

Redaktion: Mariana Duarte, Mélissa Llorens, Camille Vallier, Sascha Moore Boffi, Régis Blanc

Deutsche Übersetzung: Tradulix Christine Fahrni Übersetzungen, Thun

Grafik: Claude Baechtold

Datum der Ausgabe: Mai 2015

Auflage: 1000 Ex. deutsch, 1500 Ex. französisch

Wie ist die Praxis der Behörden wenn sie die Asyl- und Ausländergesetze auf Personen anwenden, deren Gesundheit schwer beeinträchtigt ist und was sind in menschlicher Hinsicht die Folgen ihrer Entscheide? Eine erste Ausgabe dieses Berichts wurde im September 2012 publiziert und hat gezeigt, dass sich die Behörden schwer tun, zwischen der theoretischen Verfügbarkeit einer Behandlung und dem tatsächlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu unterscheiden. Zudem werden die Meinungen der Ärzte bezüglich der möglichen Risiken für die Betroffenen im Falle einer Wegweisung ins Herkunftsland häufig ignoriert. Erst nach langwierigen Verfahren, die sich für die Betroffenen oder ihre Rechtsvertreter sowohl komplex wie auch kostspielig gestalten, kann manchmal eine Aufenthaltsbewilligung oder eine vorläufige Aufnahme erwirkt werden. Diese neue Ausgabe zeigt, dass sich seit 2012 an diesem Befund nichts geändert hat und sich für Personen, die aufgrund einer realen Gefährdung ihrer Gesundheit eine Wegweisung aus der Schweiz zu vermeiden suchen, sogar noch neue Schwierigkeiten abzeichnen. Mit dieser Feldstudie, die sich auf 11 konkrete Fälle abstützt, veranschaulichen das ODAE romand und die Groupe sida Genève die menschlichen Kosten einer zunehmend restriktiv gehandhabten Migrationspolitik.

ODAE romand
Postfach 270, 1211 Genf 8
+41 (0)22 310 57 30
info@odae-romand.ch
www.odae-romand.ch
IBAN CH46 0900 0000 1074 7881 0
PC 10-747881-0

Groupe sida Genève
9, rue du Grand-Pré, 1202 Genf
+41 (0)22 700 15 00
info@groupesida.ch
www.groupesida.ch
IBAN CH69 0078 8000 A077 6006 5
Vermerk: Don Discrimination et VIH

Unterstützt durch



Mit Förderung des

MIGROS
kulturprozent